الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

كلية العلوم الاقتصادية والتسيير — جامعة محمد خيضر

قسم العلوم الاقتصادية — بسكرة

تأثير نظام المعلومات على جودة خدمات المؤسسات الصحية

دراسة حالة: مستشفى بشير بن ناصر

حناك يحي الشريف — ميلود تومي

لجنة المناقشة

د. بن بريكة عبد الوهاب	جامعة بسكرة	أستاذ محاضر	رئيسا
د. تومي ميلود	جامعة بسكرة	أستاذ محاضر	مقررا ومشرفا
د. رحماني موسى	جامعة بسكرة	أستاذ محاضر	مناقشا
د. شعوبي فوزي	جامعة ورقلة	أستاذ محاضر	مناقشا

السنة الجامعية 2008/2007

شكر وعرفان

أحمد الله الذي وفقني لإتمام هذا البحث ورزقني العزيمة على تحمل متاعبه والصبر على مواجهة مصاعبه.

أهدي هذا العمل المتواضع إلى...

✸والدي الكريمين راجية من المولى أن يديم نعمة وجودهما وأن يقدرني على طاعتهما.

✸أفراد عائلتي متمنية لهم نيل توفيق الله ورضاه.

✸الأستاذ المشرف داعية الله أن يجزيه خيرا على نصحه ودعمه وتوجيهه.

✸موظفي مستشفى بشير بن ناصر شاكرة لهم مد يد العون وأخص بالذكر "بسي قمر الزمان" و"شنوف أحمد".

ملخص:

تعتبر المؤسسة الصحية في الوقت الحاضر مكونا اقتصاديا فاعلا, وتشكل الخـدمات التـي تقدمها موضوعا للاستثمار التكنولوجي مع آخر التطورات في مجال التقنيات الطبية وانتشار وسائل الإعلام والاتصال.

يعد الارتقاء بالمنتج الصحي غاية تسعى إلى تحقيقها أطراف مختلفة, على رأسـها الدولـة التي تهدف إلى ترشيد نفقاتها الصحية, المهنيون الذين يسعون لترجمة تحصيلهم العلمي, المرضى الذين يتطلعون إلى الحصول على خدمات صحية ذات جودة وإيجاد الحلول العلاجية المناسبة.

المعلومة –الطبية أو الإدارية- المعالجة بدقة تشكل عاملا حاسما يعتمد عليه فـي تحسـين جودة الخدمة الصحية, لكونها داعما حقيقيا لمختلف الأنشطة (تحديد مؤشـرات تقييميـة, اتخـاذ القرارات, اختصار الوقت, الجهد والتكلفة,...), لذا يجـب علـى المؤسسـة أن تحسـن إدارتهـا واستغلالها عبر امتلاكها لأنظمة معلومات فعالة.

Résumé:

L'établissement sanitaire est considéré actuellement comme étant une entité économique active. Les prestations qu'il procure constituent un champs d'investissement technologique avec les dernières percées en matière de techniques médicales modernes et la généralisation des outils de l'information et de la communication.

La promotion du produit sanitaire est un objectif que tentent de réaliser différentes parties, à leur tête l'Etat qui aspire à rationaliser les dépenses sanitaires, les professionnels qui s'appliquent à traduire sur le terrain leurs acquis scientifiques, les patients qui souhaitent recevoir des soins de qualité et des solutions thérapeutiques pertinentes.

L'information –médicale ou administrative- convenablement traitée et exploitée, constitue l'élément déterminant pour un service de qualité du fait qu'elle est la base essentielle de tous les actes (fixation des indicateurs, prise de décisions, gain de temps, de coûts et d'efforts,…). Il est donc impératif pour l'établissement de disposer d'un système d'information performant, fiable et efficace.

Abstract

Health institution is nowadays considered as an active economic compose, and its services became a subject of technologic investment, especially with the progress of medical equipments and the proliferation of information techniques and communications.

The improvement of health product is a target to be achieved by many different parts, primary, the state intends to rationalize expenditure health; professional aims to provide his scientific knowledge and collected awareness, the patient who is seeking to improve his health and obtain appropriate remedial solutions.

Information whether - medical or administrative - treated with accurateness make up a significant resource in improving the quality of services provided to a real supportive of activities (providing indicators for assessing, decision-making, saving time and effort, to control cost,).So then the health institution that seeks to good use through ownership information systems effectively.

المقدمة

تعد الإصلاحات في القطاع الصحي من أهم التحديات التي تواجه جزائر اليوم, لما يعانيه النظام الصحي الجزائري من مشاكل وصعوبات تفاقمت بسبب عدم الاهتمام بجودة الخدمة الصحية بالشكل الكافي وقلة فعالية الحلول المتبعة والإمكانيات المسخرة لتحسين وضعية المؤسسات الصحية وترقية القطاع الصحي بشكل عام.

إن الأهمية الكبيرة التي يحضا بها الإصلاح في المجال الصحي ناتجة عن كونه ذو حساسية خاصة, لتأثيره المباشر على حياة الأفراد والكرامة البشرية.

إن السعي وراء الإصلاح يتطلب منا أولا معرفة النقائص التي يعاني منها هذا القطاع وإدراك أسبابها ثم محاولة معالجتها بتوفير الإمكانيات المادية والبشرية والتطبيق الجاد والفعلي لتوصيات البحوث والدراسات النظرية, ومن أهم نقاط الضعف التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر هي عدم استناد توزيع المهام والمسؤوليات في المؤسسات الصحية على أسس المهارة والكفاءة مما يؤثر سلبا على جودة الخدمة الصحية المقدمة, إضافة إلى نقص الاهتمام بتسيير رأس المال البشري خاصة فيما يتعلق بالتكوين المستمر للكوادر الطبية وشبه الطبية, فضلا المقاومة المستمرة للتغيير رغم اقتناع الجميع بضرورته وحتميته.

من أهم المجالات التي يعني الاهتمام بها وإثارتها البداية الفعلية لإصلاح حقيقي للمنظومة الصحية:

- التكوين المستمر للمورد البشري, بشكل يتماشى مع متطلباته ويراعي احتياجاته المعرفية, ما يسمح برفع إنتاجيته وتسخير طاقاته لفائدة تحسين أداء المنظومة الصحية.
- ترشيد النفقات الصحية, التي أصبحت تشكل هاجسا حقيقيا وحملا ثقيلا على كاهل الدولة بسبب ارتفاعها المستمر.
- امتلاك أنظمة معلومات فعالة.

إن المؤسسات الصحية تواجه كغيرها من المؤسسات تحولات ذات أهمية قصوى حيث أن الخدمات الصحية تزداد تنافسية خاصة مع تقدم التقنيات الطبية وتطور وسائل الاتصال والتكنولوجيا, وضمان الاستمرار في محيط يتغير بدرجة سريعة يتطلب من هذه المؤسسات أن تتوفر على برنامج عمل متواصل لتحسين نوعية خدماتها والارتقاء بها إلى مستوى ما يتطلع إليه زبائنها.

امتلاك المؤسسة الصحية لأنظمة معلومات فعالة يمكنها من الوصول إلى هذا الهدف لأن المعلومات سواء الطبية أو الإدارية تمثل موردا مهما على المؤسسة استغلاله في مسار جهودها التي ترمي إلى تحسين خدماتها وذلك عن طريق الكفاءة في الحصول عليها ومعالجتها ثم حسن توظيفها, وهذا هو المفهوم الجوهري لنظام المعلومات الذي يعرف على أنه مجموعة من العناصر والإجراءات التي تهدف إلى جمع وتخزين ومعالجة وتوفير المعلومات الضرورية لنشاط معين.

" لا يمكننا التقدم إذا لم نكن نعلم أين نحن ", العامل الأساسي الذي يحقق الجرد المرحلي للخدمات الصحية المقدمة والموارد المستهلكة هو وجود نظام معلومات الذي من بين وظائفه الأساسية استقبال المعطيات الإدارية والطبية لكل مريض يعالج في المؤسسة الصحية, من خلال ملف متكامل له تطبيقاته واستعمالاته.

يعتبر ملف المريض قاعدة أساسية لتسيير المستشفيات وذلك لكونه أحد الأدوات الفعالة التي من خلالها يقوم نظام المعلومات بدوره الجوهري المتمثل في توفير المعلومة المناسبة في الوقت المناسب وبالكمية والطريقة الملائمتين. وهذا ما جعل وجود أنظمة المعلومات في المؤسسات الصحية جانبا مهما من جوانب الإصلاح حيث أنها تسمح بتحليل وتقييم الممارسات الطبية في المؤسسات الصحية وتنمط تنظيمها بهدف تحسين الأمن الصحي, نوعية استقبال المرضى, تنظيم تقديم العلاج داخل المؤسسة وفعاليته.

إن المعلومة المعالجة بصفة دقيقة هي عامل رئيسي يتم الاعتماد عليه في: تقييم النشاط الطبي, التنبؤ بالاحتياجات من الموارد المختلفة, حساب التكاليف ومن ثم إيجاد أنسب الطرق للتحكم فيها, معرفة طموحات وتطلعات المرضى, اتخاذ القرارات على أسس علمية, والتحكم في هذه الجوانب يعني الاتجاه نحو تحسين الخدمات الصحية والوصول بها إلى خدمات ذات نوعية وجودة.

يختلف مفهوم الجودة في المجال الصحي بين المرضى, موظفو القطاع الصحي, الجهات الممولة....الخ. لكنه لا يخرج عن نطاق ضرورة توفير لكل مريض جميع أشكال الكشف و العلاج المناسبين اللذان يضمنان له أحسن النتائج الصحية طبقا لما يوفره العلم الطبي الحالي بأحسن تكلفة لنفس النتيجة و بأدنى المضاعفات العلاجية و بإرضائه أكبر قدر ممكن من حيث الإجراءات و النتائج و كذا من حيث معاملة إنسانية أحسن داخل المنظومة الصحية.

إن الارتقاء بالخدمة الصحية إلى مستوى عالي يحتاج إلى إدارة واعية تركز كل جهودها وإمكانياتها لبلوغ الهدف المنشود, كما يحتاج إلى الجدية في التعامل مع مختلف المتغيرات داخل المؤسسة الصحية والتسيير الفعال لجميع هياكلها. إن مراعاة هذه الجوانب يتطلب المعرفة الدقيقة والمواكبة المستمرة لكل ما يجري داخل المؤسسة الصحية وفي محيطها الخارجي وتوفير

المعلومات الدقيقة عن نقاط القوة التي يجب تنميتها ومراكز الضعف التي على المؤسسة معرفة أسبابها ومحاولة معالجتها, وكذا الحصول على المعطيات اللازمة حول الأساليب الطبية الحديثة للحاق بالركب التنافسي في مجال الخدمات العلاجية. هذه المعلومات وغيرها لا يتم الحصول عليها إلا من خلال أنظمة معلومات تتميز بالكفاءة والقدرة على المعالجة الدقيقة للمعلومة وتقديمها وقت الحاجة إليها وبالطريقة الأكثر ملاءمة.

من خلال ما سبق تمت صياغة الإشكالية التي سنحاول الإجابة عليها من خلال هذا العمل بالشكل التالي:

ما زاو تاثير نظام المعلومات على جودة خدمات المؤسسات الصحية ؟

وفي إطار تحليل الإشكالية سنحاول الإجابة على التساؤلات الفرعية التالية:

❶- ما المقصود بالخدمة الصحية وما هي خصائصها ؟

❷- ما المقصود بجودة الخدمات الصحية ؟ ما هي محدداتها ؟ وما هي أهم معايير تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية ؟

❸- ما المقصود بنظام المعلومات ؟ ما مكانته في المؤسسة الصحية ؟ ما علاقته بمختلف وظائفها ؟ما هي أهم الأدوار التي يؤديها ؟

❹- ما هو تأثير نظام المعلومات على إستراتيجية المؤسسة الصحية ؟ ما هو تأثيره على مختلف المسارات العملياتية فيها ؟ وما هو تأثيره على رضا العامل والمريض ؟

هذا ما سنحاول الإجابة عليه من خلال دراستنا الميدانية للمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير بن ناصر، التي اتخذناها كعينة عن باقي المؤسسات الخدمية.

وسعيا للإجابة على هذه التساؤلات انطلقنا من الفرضيات التالية:

- الاستغلال الفعال للمعلومات عبر الكفاءة في معالجتها والدقة في توظيفها شرط أساسي لتأثير نظام المعلومات على جودة الخدمة الصحية.
- يرتبط تأثير نظام المعلومات على تحسين جودة الخدمة الصحية بالثقافة التنظيمية السائدة في المؤسسة ومدى إدراك موظفيها لقيمة المورد المعلوماتي.

أزامية الموضوع :

جاء اختيارنا لهذا الموضوع انطلاقا من الاعتبارات التالية:

- إن الإصلاحات الخاصة بالمنظومة الصحية هي من أهم الإصلاحات التي تأخذها الدولة على عاتقها وتضعها ضمن أهم أولوياتها وجعل هذه الإصلاحات ذات أهمية وفائدة يتطلب ترجمتها إلى حلول عملية تساعد في تحسين أداء القطاع الصحي والارتقاء به إلى مستوى الأهداف المسطرة والغايات المنشودة. هذه الحلول العملية يتم بلوغها من خلال مشاركة الجامعات والمعاهد ببحوث علمية ودراسات تطبيقية تتناول أداء المؤسسات الصحية.

▪ إن أداء القطاع الصحي بمختلف عناصره يؤثر مباشرة على حياة الأفراد, وهذا ما يجعل مجال الصحة من أكثر المجالات حساسية, لذلك يجب إعطاؤه نصيب أكبر من البحوث والدراسات للوصول إلى برامج عمل كفؤة تحقق الجودة العلاجية وتضمن تحقيق تطلعات المرضى.

هدف الدراسة:

إن التطرق إلى هذا الموضوع واختياره كان من أجل:

▪ دراسة الوضعية الحالية للمؤسسة الصحية الجزائرية والوقوف على أهم نقائصها قصد التمكن من تبني أفضل الحلول وانتهاج أحسن الإجراءات التي تؤدي إلى تحسين أدائها وترقية خدماتها.

▪ الارتقاء بمستوى الخدمة الصحية المقدمة وما له من آثار جوهرية على التحكم في الموارد الصحية المستهلكة ومحاربة التبذير الناتج عن عدم الاستخدام الأمثل لها.

▪ المساهمة في إخراج البحث العلمي من المحيط الداخلي للجامعة إلى الميدان العملي الميداني.

أسباب اختيار الموضوع:

من بين أهم أسباب التي دفعتنا لاختيار هذا الموضوع:

▪ قلة الدراسات التي تناولت الخدمة الصحية, رغم أهميتها على المستوى الإنساني والاجتماعي.

▪ انتشار تكنولوجيات الإعلام والاتصال الذي يميز الحياة المعاصرة يجعل من الضروري استجابة المؤسسة الصحية ومواكبتها للتقدم العلمي كغيرها من المؤسسات الاقتصادية, من خلال امتلاك أنظمة معلومات حديثة ومتطورة.

▪ ازدياد حجم النفقات الموجهة للقطاع الصحي, ما يحتاج إلى تفكير جدي في سبل ترشيدها من خلال تقديم خدمات ذات جودة عالية وبأقل التكاليف الممكنة

منهج الدراسة:

نعتقد أنه من أجل الدراسة المعمقة والتحليل الشامل لمختلف العناصر والمتغيرات المؤثرة في مفردات البحث الساعي إلى تبيان أهمية أنظمة المعلومات في المؤسسات الصحية ومدى تأثيرها على جودة خدماتها المقدمة تعتمد الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي وذلك لتحديد الإطار النظري ومختلف المفاهيم الأساسية حول ماهية نظام المعلومات وأهم خصائصه ووظائفه وكذا الجودة ومضمونها في المجال الصحي وكيفية تقييمها.

و" منهج دراسة حالة " الذي يمكن من التعمق في فهم مختلف جوانب الموضوع وكشف أبعاده من خلال الزيارات الميدانية للمؤسسة محل الدراسة إضافة إلى الملاحظة ودراسة وتحليل مختلف الوثائق والبيانات والمعطيات الفعلية، وهذا ما يجسد في نظرنا أحد أهداف دراسة هذا الموضوع المتمثل في إخراج البحث العلمي من المحيط الداخلي للجامعة إلى الميدان العملي.

ومن اجل تحليل وتجسيد هذا المنهج وتجاوبا مع التساؤلات الواردة في الإشكالية نرى بتقسيم البحث إلى ثلاثة فصول كالآتي:

الفصل الأول تضمن جودة الخدمة الصحية من خلال تعريف المؤسسة الصحية من خلال تطور شكلها عبر المراحل الزمنية المختلفة, بنيتها التنظيمية والوظيفية وأهم أصنافها, مفهوم الخدمة الصحية وتناول خصائصها من خلال اقتصاد الخدمات وتركيبها الوظيفي, إضافة إلى دراسة العملية الإنتاجية في المؤسسة الصحية, وأخيرا تعريف جودة الخدمة الصحية من خلال تناول التطور التاريخي لمفهوم الجودة في المجال الصحي, أساليب تقييمها وأهم المعايير المعتمدة.

الفصل الثاني تضمن نظام المعلومات وتأثيره على جودة الخدمة الصحية من خلال تعريف نظام المعلومات من خلال تطوره التاريخي, الأدوار التي يقوم بها في المؤسسة الصحية, علاقته بمختلف وظائفها وأهم تطبيقاته في المجال الصحي, دوره في تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال تأثيره على إستراتيجية المؤسسة الصحية, مساراتها العملياتية, رضا العاملين والمرضى.

الفصل الثالث تضمن تأثير نظام المعلومات على جودة خدمات مستشفى بشير بن ناصر وذلك من خلال تقديم المؤسسة محل الدراسة, تناول واقع نظام المعلومات وجودة الخدمات الصحية فيها وتقديم مساهمة لتحسين فعالية نظام المعلومات بشكل يجعله يؤثر إيجابا على جودة الخدمة المقدمة.

الخاتمة تضمنت ملخصا لمضمون الدراسة, أهم النتائج التي خلصت إليها فضلا على بعض التوصيات والمقترحات.

الفصل الأول: جودة خدمات المؤسسات الصحية

❶ - المؤسسة الصحية

❷ - الخدمة الصحية

❸- جودة الخدمة الصحية

تمهيـــــد

تفرض الأخلاقيات المهنية على العاملين في المجال الطبي, احترام حقوق المريض والتزام الدقة والموضوعية عند تقديم العلاج له, ويأتي مفهوم الجودة في المجال الصحي لينقل هذا الالتزام من المستوى الفردي للأطباء والمهنيين إلى كل جوانب المؤسسة الصحية بكافة إطاراتها وهياكلها.

منذ سنوات عديدة اقتحمت الجودة الوسط الصناعي بعد تحولها إلى تخصص علمي له أصوله وقواعده, وواجهت المؤسسات تحديات جديدة ترتبط بنوعية المنتج الذي تطرحه, ليتحول مفهوم الجودة فيما بعد إلى أسلوب في الإدارة, يقتضي متابعة الإجراءات الإدارية والقواعد التنظيمية التي – حسب منظري الجودة – تعتبر العامل الحاسم في العملية الإنتاجية فضلا عن العوامل الأخرى, هذا التغير لم يكن وليد فترة زمنية معينة, بل جاء نتيجة تغيرات متتالية شهدها الفكر التنظيمي, وصاحبته كتابات ودراسات لمختصين وباحثين اهتموا بفعالية أداء المؤسسات وكيفية تنميط نشاطها.

تعود المساهمة الكبرى في ظهور مفاهيم الجودة وانتشار تطبيقاتها إلى الضغط الذي مارسه الزبائن بفئاتهم المتنوعة واحتياجاتهم المتزايدة, فضلا عن انتشار الصناعات الحديثة التي رافقت التطور التكنولوجي والعلمي, الذي أتاح للمستهلكين فرص الاختيار والتخلي عن ما يعتبرونه الأقل جودة. هذا ما دفع بالمؤسسات إلى التفكير جديا في إمكانيات تطوير منتجاتها بغية البقاء في السوق.

وبالرغم من تأخر احتواء المجالات الصحية لمفاهيم الجودة, غير أن ذلك لم يمنع من إرساء قواعد حقيقية وأساليب علمية دقيقة للجودة العلاجية بصفة خاصة والجودة الصحية بصفة عامة, وظهرت مؤسسات اعتماد المستشفيات ومنظمات التقييم الصحي, لتضع بين يدي المنظومة الصحية معايير تقيس مدى الالتزام بالجودة وترصد نوعية الممارسة المهنية.

وفي هذا الفصل سنتناول جودة الخدمة الصحية, من خلال التطرق عبر عناصره المختلفة إلى تعريف المؤسسة الصحية, تحديد إطار مفاهيمي للخدمة الصحية ومؤشرات جودتها.

1- المؤسسة الصحية:

تعتبر المؤسسات الصحية في وقتنا الحاضر لاعبا اقتصاديا حقيقيا, فهي لم تعد مجرد منظمات اجتماعية هدفها الوحيد هو تقديم الخدمات العلاجية التي تكون في أغلب الأحيان مجانية, بل أصبحت تمثل مؤسسات اقتصادية تسعى إلى الربح من خلال ترشيد أدائها والتحكم في نفقاتها, وذلك لاشتداد المنافسة في مجال صناعة الخدمات الصحية والتطور التكنولوجي والتقني الهائل الذي تشهده الممارسات الطبية.

1-1- التطور التاريخي للمؤسسات الصحية:

المؤسسة الصحية في شكلها الحالي ليست إلا خلاصة تطورات تاريخية أكسبتها الشكل المؤسسي بعد أن كانت تخضع للمنطق الخيري حتى بدايات القرن العشرين, حيث كانت تستقبل المعوزين, الفقراء والمحتاجين. ولم يعتبرها الجهاز الطبي مكانا لممارسة الطب إلا في مراحل زمنية متأخرة.

تعود أصول المستشفى التاريخية إلى الحضارة الإغريقية سنة 1200 قبل الميلاد حيث اتخذت المستشفيات شكل معابد مخصصة لرعاية المرضى وللعبادة في وقت واحد, كما تشير الوثائق التاريخية المصرية إلى وجود ما يطلق عليه " معابد الشفاء " في مصر سنة 600 قبل الميلاد, وقد استخدم نفس المسمى في الهند سنة 273 قبل الميلاد حيث أطلق على الأماكن المخصصة لتشخيص الأمراض اسم " ***السيكيستا*** " أي معابد الشفاء, وفي مطلع الديانة المسيحية بنيت بيوت للكهنة كمستشفيات صغيرة تحت ضغط الكنيسة لإيواء المرضى والمسنين والمحتاجين, وقد أطلق العرب على المستشفيات لفظ " ***البيمارستانات*** " أي دور المرضى, والبيمارستان لفظ فارسي يتكون من كلمتين " ***بيمار*** " بمعنى مريض أو عليل و" ***ستان*** " بمعنى دار. (1)

وقد خطا العرب في العصور الإسلامية خطوات واسعة في مجال تنظيم مهنة الطب والصيدلة ووضعوا مجموعة من القواعد التي تلتقي مع النظم المعمول بها في العصر الحديث ويأتي من بين هذه القواعد ما يلي: (2)

* عدم السماح للمرضى أو المصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين.
* اختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المستشفى.
* وجود مستشفى متنقل وإرساله إلى المناطق النائية بصفة دورية.
* إنشاء المستشفيات العامة والمتخصصة.
* الاهتمام بنظافة البيئة الداخلية للمستشفى.
* التركيز على جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى.

(1)- عبد العزيز مخيمر, محمد الطعامنة, ***الانجازات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)***, منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية, مصر, 2003, ص5.

(2)- ***نفس المرجع***, ص6.

وقد حملت الثورة الصناعية الكثير من التغييرات الاجتماعية التي أثرت بدورها على الخدمات الصحية, حيث أدى انتشار الأمراض المعدية وارتفاع معدلات الوفيات إلى مطالبة الطبقات الغنية بضرورة تبني إجراءات للصحة العمومية وتأسيس مستشفيات جديدة.

وفي نهاية القرن 19 وضع ***Florance NIGHTINGALE*** المبادϑ المهنية الأساسية للخدمات التمريضية, غير أن المستشفيات كانت تقدم خدمات علاجية أساسية, فيما يستفيد الأغنياء من العلاج المنزلي. بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية تحددت الخصائص التنظيمية الداخلية التي تميز المؤسسة الصحية الحديثة: (1)

* الأقسام العلاجية المتخصصة حسب نوع المرض.

* ظهور الجهاز التقني المتخصص في دعم العمليات العلاجية (أقسام التدخل الجراحي), وكذا في دعم العمليات التشخيصية (مخابر التحاليل والأشعة).

* تنظيم فئات الكادر البشري.

في القرن العشرين بدأت المؤسسة الصحية تلعب الدور الذي نعرفه حاليا, وقد ساهم في ذلك تطور العلوم الكيميائية التي فتحت آفاق واسعة أمام الصناعات الصيدلية, خلال الحرب العالمية الثانية أثرت الجراحة العسكرية بشكل واسع على الخدمات العلاجية, غير أن التغيير الحقيقي لم يكن إلا بعد تطور التحاليل المخبرية واكتشاف أمراض جديدة تكون قابلة للشفاء في بعض الأحيان. (2)

أما في وقتنا الحاضر فقد اتخذت المؤسسة الصحية بمفهومها المعاصر أشكالا متعددة وأطلق عليها مسميات متنوعة, ويمكن النظر إليها على أنها نظام مفتوح لاعتمادها على المجتمع و تأثرها بالبيئة, وقد وصفها ***Kast*** بأنها " نظام الإنسان الاجتماعي " وحجته في ذلك: (3)

* الإنسان هو أساس النظام ولا يعمل إلا بوجوده.

* الإنسان هو صانع الخدمة وبذات الوقت هو المنتفع منها.

في القرن الواحد والعشرين, أصبحت المؤسسات الصحية مكونا رئيسيا من مكونات اقتصاد الدول الصناعية, وموضوعا للاستثمار التكنولوجي, حيث أن التطور العلمي جعل الخدمة العلاجية تتميز بتقنية عالية وتسخر أحدث التجهيزات الطبية قصد الارتقاء بالخدمات المقدمة من مجرد التشخيص والكشف إلى تقديم الحل العلاجي وتحسين الحالة الصحية للمريض.

(1)-Thierry NOBRE, Cardine MERDINGER-RUMPLER, Quelle Métamorphose pour ***l'Hôpital***, http://www.univ-nancy2.fr, le 28/12/2006.

(2)- Martin McKee, Judith HEALY, ***Le Rôle de l'Hôpital dans un Environnement en Mutation***, Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, Recueil d'Article N°3, 2000, P177.

(3)- ثامر ياسر البكري, ***إدارة المستشفيات***, دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع, الأردن, 2005, ص21.

1-2- تعريف المؤسسة الصحية:

إن المؤسسة الصحية ذات بنية غير متجانسة, ويمكن تعريفها على أنها : " مؤسسة خدمية تقدم لمرضاها زيادة عن العلاج التغذية, الإقامة والدعم الاجتماعي والمعنوي "[1], غير أنّ خصائصها بعيدة عن قوانين اقتصاد السوق الذي تخضع له المؤسسات الصناعية (المنافسة في الأسعار, استخدام الوسائل الإشهارية, تنوع الموارد التمويلية...), فضلا عن تميزها بتشكيلة من المهن المختلفة.

وقد عرفت على أنها: " المكان المختص بإيواء المرضى حتى يتم شفاؤهم, وهي عبارة عن مجموعة من المتخصصين والمهن الطبية وغير الطبية والمدخلات المادية تنظم في نمط معين بهدف خدمة المرضى الحاليين والمرتقبين وإشباع حاجاتهم"[2], كما عرفتها الهيئة الأمريكية للمستشفيات ***American Hospital Association*** على أنها: "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي تهدف إلى تقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى".[3]

غير أن التعريف الأشمل للمؤسسة الصحية هو الخاص بمنظمة الصحة العالمية حيث عرفتها على أنها: " جزء متكامل من النظام الصحي ووظيفتها توفير العناية الصحية الكاملة لجميع أفراد المجتمع, سواء كانت علاجية أو وقائية, كما أنها مركز لتدريب العاملين في الحقل الطبي والصحي, وكذلك مركزا للأبحاث الطبية والاجتماعية "[4]. ومن أجل فهم أدق لما تعنيه المؤسسة الصحية, نتناول بنيتيها التنظيمية والوظيفية.

1-2-1- البنية التنظيمية للمؤسسة الصحية:

يرى ***Mintzberg*** أنّ المنظمة تتشكل من خمسة عناصر رئيسية (انظر الشكل رقم 1), المركز العملياتي, القمة الإستراتيجية, الخط الهيراركي, البنية التقنية ووظائف الدعم اللوجستي. إذا قمنا بتطبيق هذه المقاربة على المؤسسة الصحية نجد:[5]

- **المركز العملياتي:** يتكون من مجموع الوحدات العلاجية والمصالح التقنوطبية, يتميز بمستوى عالي من التخصص (أطباء, ممرضين...), يضمن إنتاج الخدمات ويمتلك تجهيزات خاصة تتباين وفق مهمته.

---

(1)- Myriam HUBINON, ***Management des unités de soins : de l'Analyse Systématique à l'Evaluation de la Qualité***, De Boeck, Bruxelles, 2004, P73.

(2)- محمد حسن ريحان, ***تقييم الأداء في المنظمات الصحية للتأكيد على الجودة الصحية***, المؤتمر العربي الثاني حول الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات العربية, المنظمة العربية للتنمية الإدارية, 29/27 سبتمبر 2003, القاهرة, ص83.

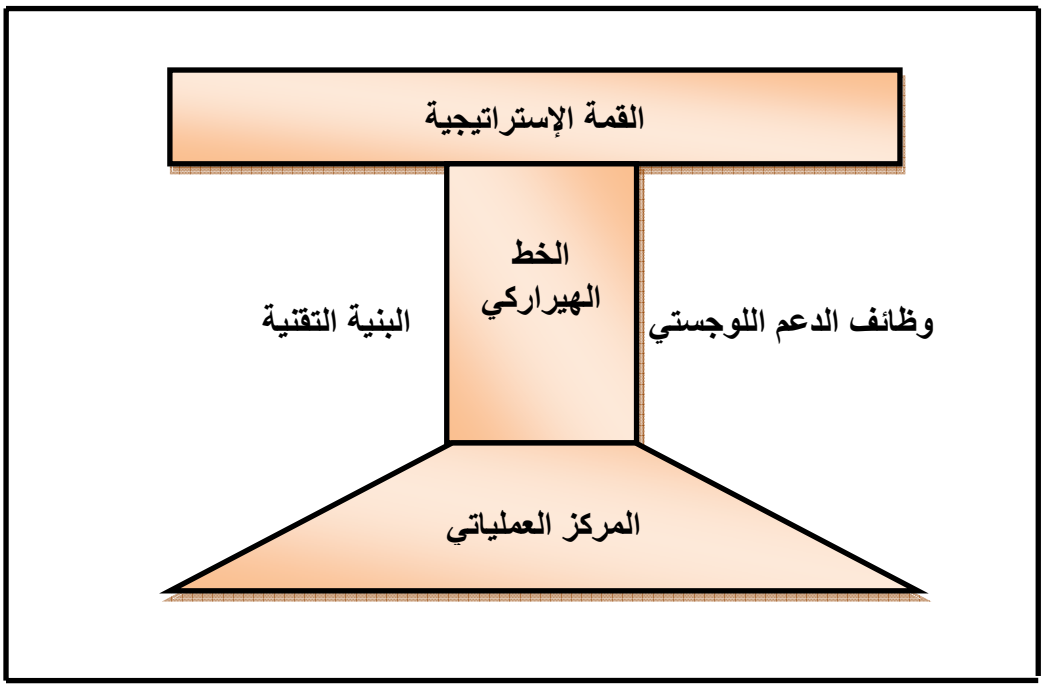
(3)- عبد العزيز مخيمر, محمد الطعامنة, ***مرجع سابق***, ص7.

(4)- Organisation Mondiale de la Santé, ***Rapport sur la santé dans le monde***, 2006, http://www.who.int/about/copyright/fr/, le 12/02/2007.

(5)- Myriam HUBINON, ***Op.cit.***, P74.

- **البنية التقنية:** تضمن تنسيق العمل لجعله أكثر كفاءة, تكون ممثلة بشبكة هيراركية من العاملين وظيفتهم تنميط الإجراءات وإرساء المعايير.
- **الوحدات الوظيفية أو الدعم اللوجستي:** تمثل الدعم المباشر أو غير المباشر لإنجاز مهمة المركز العملياتي.
- **الخط الهيراركي:** يمثل مجموع الأطباء والممرضين الذين يملكون سلطة رسمية ويضمنون إدارة المراكز العملياتية عبر مبادئ تخطيط, تنسيق ومراقبة أنشطة إنتاج العلاج والخدمات.
- **القمة الإستراتيجية:** تحرص على تحقيق المهمة المستهدفة بطريقة فعالة, فضلا عن رسم الحدود المشتركة مع المحيط, فالمؤسسة الصحية كغيرها من المؤسسات تمثل جزءا من بيئة معينة وتقوم بأدوار اجتماعية تتناسب ومتطلبات محيطها.

الشكل رقم (1): البنية التنظيمية للمؤسسة الصحية.



Source: Myriam HUBINON, *Op.cit.*, P74.

اعتبر ***Mintzberg*** أن الشكل البنيوي للمؤسسة الصحية يندرج ضمن ما سماه بالبيروقراطية المهنية, وهي بنية تتميز بلامركزية عمودية وأفقية قوية, يتواجد فيها نوعين من الهيراركية, إحداها تخص المهنيين والأخرى تتعلق بوظائف الإدارة. [1]

(1)-Thierry NOBRE, Cardine MERDINGER-RUMPLER, ***Op.Cit.***, P7.

يترجم هذا الانتماء إلى عالمين مختلفين من المرجعيات لكل من الجهاز الطبي والإداري ضعف التنسيق الذي غالبا ما تعاني منه المؤسسة الصحية, إضافة إلى كون هذه الأخيرة تمثل تنظيما مركبا من الثقافات, الذهنيات والتصرفات, لذلك فإن ديناميكية البنية التنظيمية هي انعكاس للرؤى الإستراتيجية الناتجة عن العلاقات بين مختلف الفاعلين, وتحليل المؤسسة الصحية على هذا الأساس يجب أن يأخذ بعين الاعتبار خصوصياتها التنظيمية المتمثلة في: (1)

- وجود نوعين من العاملين مهنيي الصحة والمسيرين, الذي يترجم من خلال المسؤولية المزدوجة لإدارة المؤسسات الصحية, مسؤولية إدارة الخدمات العلاجية ومسؤولية إدارة الموارد, والتحدي الحقيقي يكمن في القدرة على ضمان تسيير جيد للموارد بالمحافظة على الاستقلالية اللازمة للمهنيين حتى يؤدوا مهامهم.
- النظر للمؤسسات الصحية على أنها مؤسسات اجتماعية عليها أن تحقق العدل الاجتماعي, هذه الخاصية فرضت عليها وضعية متناقضة, فهي من جهة مضطرة إلى الحفاظ على بقائها ونموها بكل ما يتضمنه ذلك من خصائص المتعامل الاقتصادي, ومن جهة أخرى يتوجب عليها ضمان البعد الأخلاقي للإنتاج العلاجي, لكون الصحة حق أساسي يقتضي توفير الخدمات الصحية الضرورية وإتاحتها للجميع.

1-2-2- البنية الوظيفية للمؤسسة الصحية:

المؤسسة الصحية مثلها مثل أي مؤسسة أخرى تؤدي أدوارا ووظائفا مختلفة في إطار تحقيق الأهداف التي تسعى إلى الوصول إليها, ويمكن إيجازها فيما يلي: (2)

- المحافظة على الصحة والوقاية من الأمراض بأعلى مستوى ممكن من الرعاية الطبية وبأقل التكاليف.
- تحقيق مستوى مرضي من الربحية- في حالة تقديم الخدمات العلاجية بمقابل.
- توفير خدمات علاجية متميزة تساعد على تحقيق مركز تنافسي قوي.
- تطوير أداء الكوادر الطبية من أطباء وهيئات تمريض وفنيين.

وإذا اعتمدنا على تعريف منظمة الصحة العالمية للمؤسسة الصحية بأنها جزء من تنظيم اجتماعي وطبي, يمكن القول أن وظائفها الأساسية تتمثل في وظيفتين أساسيتين هما: (3)

(1)- A.Belghiti ALAOUI, ***Principes Généraux de Planification Stratégique à l'Hôpital***, Rabat, 2005, P17.

(2)- هاشم أحمد عطية, محمد محمود عبد ربه, ***النظام المحاسبي ونظام محاسبة التكاليف في المنشآت الخدمية-المستشفيات***, الدار الجامعية, الإسكندرية, 2000, ص*33*.

(3)- محمد حسن ريحان, ***مرجع سابق***, ص83.

- وظيفة إيواء المريض, تقديم مختلف الخدمات العلاجية وضمان مستلزمات الإقامة له.
- وظيفة التعليم والتدريب وإجراء البحوث حول الممارسات الطبية الحديثة وأنواع الأمراض.

وتشمل وظيفة تقديم الخدمات للمريض مجموعة من الوظائف الفرعية تتمثل في الآتي:(1)

- **الوظيفة العلاجية:** وتعتبر الوظيفة الرسمية للمؤسسة الصحية, حيث من خلالها يتم الالتقاء بين طالبي الخدمة ومقدميها, وتمثل الحاجة الأساسية للمريض التي تسعى المؤسسة لتلبيتها.
- **الوظيفة الفندقية:** وهي الوظيفة التي تهتم بإقامة المرضى, وفي نفس الوقت تمثل مكان تواجد الكادر المعالج (تشخيصات طبية, خدمات شبه طبية), والكادر غير الطبي (صيانة, إطعام), وكذا المكان تواجد أهالي المرضى وذويهم, وتتميز بارتفاع نسبة الكادر الطبي والمعالج.
- **الوظيفة التقنية:** وهي الوظيفة التي تجمع الوسائل التكنولوجية الثقيلة الخاصة بخدمات التشخيص والعلاج (مخابر التحاليل, أقسام الأشعة), وتتم ممارسة مهام هذه الوظيفة استنادا إلى توصيات (وصفات) الكادر الطبي وشبه الطبي.
- **الوظيفة اللوجستية:** وتتعلق بكل المهام التي تدعم النشاط الرئيسي, مثل إقامة المرضى, خدمات الإطعام, النقل,...الخ, ويمكن أن تنجز هذه الوظيفة من قبل قسم داخلي تابع للمؤسسة أو من قبل جهات خارجية خاصة.
- **الوظيفة الإدارية:** تشمل هذه الوظيفة وحدات التوجيه, التنسيق والرقابة, وكذلك وحدات إدارة الوسائل (الإدارة العامة, المالية, الموارد البشرية, ...الخ), يرتبط حجم هذه الوظيفة بحجم المؤسسة الصحية نفسها, فقد تشمل 10 أشخاص في المراكز الإستشفائية الصغيرة, وعشرات الأشخاص في المستشفيات الجامعية الكبيرة.

أما بالنسبة للوظائف المتعلقة بالتدريب والتكوين فلقد فرض التطور المطرد في التقنيات والعلوم الطبية ضرورة تطوير مهارات وخبرات كافة العاملين المتخصصين في مختلف مجالات المهن الطبية والصحية من خلال التعليم والتدريب المستمر, وتمثل المستشفيات بطبيعتها وعلى وجه الخصوص المستشفيات التعليمية والجامعية بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات, مراكز تدريب عملية للأطباء وأجهزة التمريض والفنيين والأخصائيين, كما أنها تمثل مراكز متميزة لإجراء البحوث والدراسات عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها والأدوية المناسبة لها.

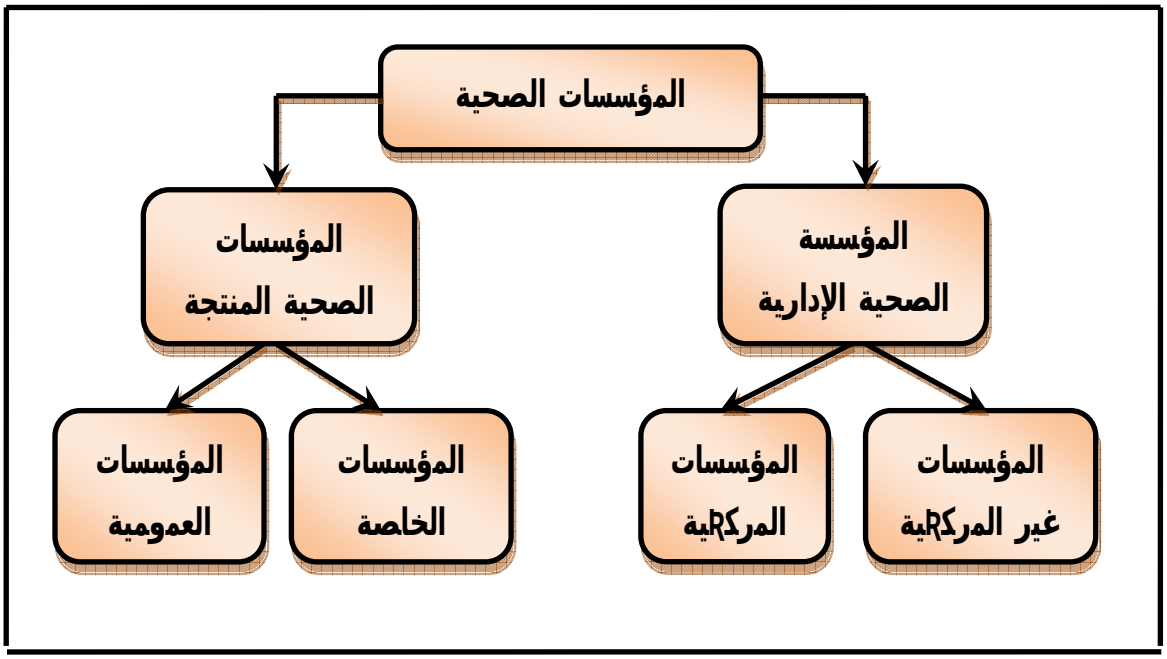
(1)- Farida Djellal et al, ***L'Hôpital Innovateur : de l'Innovation Médicale à l'Innovation de Service***, Masson, Paris, 2004. P48.

1-3- أصناف المؤسسة الصحية:

يتميز النظام الصحي بوجود نوعين من المؤسسات الصحية:(1)

- المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية, يكون فيها المنتج الصحي هو السبب الرئيسي للوجود.
- المؤسسات غير المنتجة للخدمة الصحية, تتمثل في وزارة الصحة, وكل الهيئات الإدارية المختصة في متابعة البرامج الصحية وتسيير العلاقات مع المؤسسات المنتجة.

الشكل رقم (2): أنواع المؤسسات الصحية.



Source : A.Belghiti ALAOUI, *Op.cit.*, P11.

وبدورها المؤسسات الصحية المنتجة للخدمات – محل الدراسة- تعددت تصنيفاتها, بسبب تعدد التعريفات التي تناولتها من جهة وتعدد الأنشطة التي تقوم بها من جهة أخرى, لكن يبقى التصنيف حسب الملكية والإشراف وحسب الحجم والسعة السريرية, أهم التصنيفات وأكثرها تداولا.

1- التصنيف حسب الملكية والإشراف: تصنف المؤسسات الصحية حسب هذا المعيار إلى:(2)

- مؤسسات عمومية تملكها هيئات رسمية تقوم على رعاية شؤونها ومصالحها وتنقسم إلى:
  - مؤسسات حكومية متاحة لجميع المواطنين.
  - مؤسسات حكومية متاحة لمجموعة من الأفراد (المستشفيات العسكرية).

(1)- A.Belghiti ALAOUI, ***Op.Cit.***, P11.

(2)- حسان حرستاني, ***إدارة المستشفيات***, معهد الإدارة العامة, الرياض, 1991.ص35.

- المؤسسات الخاصة وتنقسم إلى:
- مؤسسات ذات طابع ربحي.
- مؤسسات ذات طابع غير ربحي تتوفر فيها مميزات المؤسسات الربحية غير أن الهدف من إنشائها هو المساهمة في خدمة اجتماعية عامة (المستشفيات الدينية, الجامعية).

2- التصنيف حسب الموقع والسعة السريرية: تصنف المؤسسات حسب هذا المعيار إلى: (1)

- المؤسسات المحلية الصغيرة التي تخدم تجمعات سكنية قليلة لا تتجاوز سعتها السريرية عادة 100 سرير.
- المؤسسات المركزية التي تخدم تجمعات سكنية متوسطة كضواحي المدن تتروواح سعتها ما بين 100-500 سرير.
- المؤسسات الجهوية التي تخدم منطقة صحية بأكملها وتحتوي عادة على خدمات تخصصية. وتكون عادة ذات طاقة سريرية استيعابية كبيرة.

2- الخدمة الصحية:

إن التطرق للخدمات التي تنتجها المؤسسات الصحية, يحتاج إلى الكثير من الدراسة والتحليل, نظرا للخاصية المعقدة والمركبة للمنتج الصحي الناتجة عن الطبيعة الخاصة للعملية الإنتاجية ذاتها, لذلك وجب علينا عند تناول هذا النوع من الخدمات أن نأخذ بعين الاعتبار عدم تجانس أنشطة المؤسسة الصحية والاختلاف النوعي في وظائفها, إن حصر المخرجات الصحية في الخدمة العلاجية يعتبر تجاهلا لكثير من الخدمات المساندة, من الواضح أن النشاط القاعدي للمؤسسة الصحية هو النشاط العلاجي بكل ما يتضمنه من أنشطة مرافقة, غير أن هذا لا ينفي أهمية الخدمة الإدارية التي تقدمها إدارة المستشفى للمرضى بفئاتهم المختلفة, ولا يقال أيضا من أهمية خدمات الفندقة والإطعام والنقل وغيرها, ومن هنا تتأتى صعوبة تحديد ماهية الخدمة الصحية.

في الطرح التالي سنحاول الإلمام بالعناصر الضرورية التي تصل بنا إلى فهم منهجي وأكثر عمقا للمنتج الصحي, وذلك من خلال عرض مختلف التعاريف التي تناولت الخدمة الصحية وعرض خصائصها المختلفة, وكذا تناول العملية الإنتاجية في المؤسسة الصحية وأهم عناصرها.

(1)- نوال براهيمي, ***إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العامة الخدمية, دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر بولاية بسكرة***, مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير تخصص تسيير عمومي, جامعة محمد خيضر- بسكرة, كلية العلوم الاقتصادية والتسيير, السنة الجامعية 2005 / 2006, ص127.

2-1- مفهوم الخدمة الصحية:

إن تحديد مخرجات المؤسسات الصحية يعتبر عملية ضرورية وذات أهمية بالغة, حيث أنه من غير الممكن تثمين المنتج الصحي وقياس جودته دون تعريفه وتحديد مجاله أولا, هل يتعلق الأمر بعدد المرضى المعالجين, بأيام الاستشفاء, بالعمليات التي تم إجراؤها أو بساعات الفحص ؟!.

يعرف المنتج الصحي على أنه: " التغير في الحالة الصحية للمرضى المعالجين داخل المؤسسة ".(1) ومن الواضح أنه ليس من السهل تحديد ما يمكن أن يشمله تعبير " التغير في الحالة الصحية ", وبالتالي فإن ما تنتجه المؤسسة الصحية لم تتم إحاطته سواء من ناحية طبيعته أو من ناحية الوظيفة الإنتاجية في حد ذاتها.

وحسب ***Masse*** تبدو المفاهيم المتعلقة بالشفاء التي قد يمكنها أن تصف المنتج الصحي مبهمة وغير محددة المعالم(2), لأن حصر مفهوم الخدمة الصحية في شفاء المريض, يجعل منه معنى ضيق ومحدود, فإذا افترضنا على سبيل المثال أن فترة علاج المريض انتهت بالوفاة وليس بالشفاء, هل يعني ذلك أن المؤسسة لم تنتج شيئا ؟ وبما نصف إجراءات العلاج ومدة الإقامة وخدمات الاستقبال وتحديد المواعيد....؟!!.

المنتج الصحي يخضع حسب ***Darby*** و ***Karny*** إلى اعتبارات سلع الاعتقاد ***Credence goods***, وقد فرق هذين الكاتبين بين ثلاثة أنواع من السلع هي:(3)

- سلع الاعتقاد ***Credence goods*** وهي تتعلق بالمنتجات والخدمات التي لا يمكن للزبون أن يتحقق من جودتها وقيمتها حتى بعد استهلاكها, لأنه لا يملك لا المعارف ولا القدرات اللازمة ليقوم بذلك ;
- سلع البحث ***Research goods*** وهي تتعلق بالمنتجات والخدمات التي يستطيع الزبون أن يشعر بها, يراها وبالتالي يمكنه تحليلها وتقييمها قبل عملية الشراء ;
- سلع التجربة ***Experience goods*** وهي تتعلق بالمنتجات والخدمات التي لا يمكن للزبون أن يتحقق من جودتها إلا بعد حدوث عملية الشراء, وخلال الاستهلاك.

وتجدر الإشارة أنه إذا كانت الخدمات الصحية تابعة لفئة سلع الاعتقاد, يمكن أن تتبع أيضا إلى فئة سلع التجربة, لأنه في وضعيات معينة يمكن للمريض أن يتحصل على معلومات عن العلاجات الطبية, إما لأنه قد عايش نفس الحالة المرضية من قبل (ولادة, علاج الأسنان...), وإما لأنه يلجأ لعلاج معين بصفة مستمرة مثل ما هو الحال عند المصابين بالأمراض المزمنة.

(1)- 84-Isabelle HIRTZLIN, ***Le Produit Hospitalier***, ***http://www.hec.unige.ch, le 17/04/2007.***
(2) - Fabienne ALVAREZ, ***Le Contrôle de Gestion en Milieu Hospitalier : Une Réponse à l'Emergence de Risque Organisationnels***, Université Paris Dauphine, 2002, p4.
(3)- Farida Djellal et *al*, ***Op.Cit,*** p52.

لفهم أكثر شمولا لطبيعة الخدمة الصحية سنحاول فيما يلي تحديد إطار مفاهيمي لها, عبر تناولها من خلال اقتصاد الخدمات (مفهوم الخدمة), ثم من خلال دراسة تركيبها الوظيفي.

2-1-1- مفهوم الخدمة الصحية من خلال اقتصاد الخدمات:

إن الاهتمام بالخدمات رغم كونها قطاع مسيطر في الاقتصاديات المتطورة, لم يظهر على المستوى الأكاديمي في علوم التسيير إلا في 1960, من خلال جمعية التسويق الأمريكية ***American Marketing Association*** التي عرفت الخدمات على أنها: " الأنشطة أو المنافع التي تعرض للبيع والتي تقدم مرتبطة مع السلع المباعة ".(1)

لكن هذا التعريف يعتبر محاولة مبدئية لتحديد مفهوم الخدمة, واعتماده في وقتنا الحاضر يتضمن بعض التحفظات, حيث أن للخدمة اليوم مؤسساتها وبناها الخاصة بها, فالقطاع الخدمي أصبح عمود النشاط الاقتصادي, يدر أرباحا طائلة ويعتمد على الأساليب التكنولوجية الحديثة في المعلومات والاتصالات, لذا وجب تناول الخدمة على أنها منتج قائم بذاته وليس مرفقا مع سلعة مادية.

من هذا المنطلق عرف ***Kotler*** الخدمة على أنها: " أي فعل أو أداء يمكن أن يقدمه طرف ما إلى طرف آخر يكون جوهره غير ملموس ولا ينتج عنه أي تملك, وقد يرتبط إنتاجه بإنتاج مادي أو قد لا يرتبط ".(2)

هذا التعريف يشير إلى عدم إلزامية ارتباط الخدمة بإنتاج مادي, إضافة إلى كونها لا تمتلك ماديا من قبل مشتريها, ويعني ذلك إمكانية الانتفاع منها دون امتلاكها لكون الخدمة أساسا غير ملموسة, إلا أنها تحقق الرضا لدى المشتري, والخدمة التي تقدمها المؤسسة الصحية لا تخرج عن هذا المضمون, فهي تمثل مجموعة الأنشطة الموجهة للمرضى والتي تكون أساسا غير ملموسة, فعلى سبيل المثال لا يمكننا لمس عملية جراحية أو إقامة استشفائية, كما لا يمكن لطالب الخدمة أن يتملكها فلا يستطيع المريض أن يمتلك معاينة طبية مثلا.

2-1-2- مفهوم الخدمة الصحية من خلال تركيبها الوظيفي:

نظرا للطبيعة الخاصة للمؤسسة الصحية ونوعية نشاطها, فإن منتجاتها تتميز بالتركيب تبعا للوظائف المشاركة في إنتاجها, ومن هذا المنطلق يرى ***ثامر ياسر البكري*** أن الخدمة الصحية تتضمن ثلاثة أبعاد رئيسية: (3)

(1) - Eric VOLGER, ***Management Stratégique des Services, du diagnostic à la mise en œuvre d'une stratégie de services***, DUNOD, Paris, 2004, p10.

(2)- ثامر ياسر البكري, ***مرجع سابق***, ص 56.

(3)- ثامر ياسر البكري, **تسويق الخدمات الصحية**, دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع, الأردن, 2005. ص 167.

- **الصفة المميزة للخدمة:** وترتبط أساسا بجوهر الخدمة الصحية المقدمة والتي تتكون من عدة إجراءات مختلفة تشخيصية وعلاجية ;
- **المنافع المرجوة من الخدمة:** وتتمثل في العناصر المختلفة التي يحصل عليها المرضى لمقابلة احتياجاتهم الصحية, والمتضمنة للإدراك الحقيقي لكفاءة العمل المؤدى بشكله الملموس وغير الملموس ;
- **الخدمات المساندة:** وتتمثل بكافة العناصر المضافة التي تقدمها المؤسسة الصحية إلى جوهر الخدمة الصحة المقدمة إلى المرضى, وتتضمن نظام حجز للمواعيد, إجراءات استقبال المرضى, خدمات الاتصالات, التنسيق مع المؤسسات الأخرى والمنظمات الاجتماعية والإنسانية.

هذا التفصيل في أبعاد الخدمة الصحية يوضح أن عملية العلاج التي أتت بالمريض إلى المؤسسة, لا تمثل الخدمة الصحية في حد ذاتها بل مكونا من مكوناتها, وهذا ما أشار إليه ***R.B.Fetter*** وزملاؤه حيث عرفوا المنتج الصحي على أنه: " مجموع الخدمات المقدمة للمريض والذي تمثل العملية العلاجية جزءا منها "(1), واعتمادا على ما سبق, فإن الخدمة الصحية هي عبارة عن نشاط مركب من ثلاثة متغيرات رئيسية: خدمات الفندقة والإطعام, الخدمات الإدارية والخدمات الطبية وشبه الطبية. (انظر الجدول رقم1) انطلاقا من القاعدة المزدوجة لكل من مفهوم الخدمة والتركيب الوظيفي للمنتجات الصحية, يمكننا أن نعرف هذه الأخيرة على أنها مجموعة الأنشطة غير المتجانسة والتي تكون في جوهرها غير ملموسة وتهدف إلى الاستجابة لرغبة المريض في الحصول على الرعاية والعلاج.

2- 2- خصائص الخدمة الصحية:

للخدمة التي تقدمها المؤسسة الصحية مميزات خاصة بها ومميزات تشترك فيها مع باقي الأنواع من الخدمات, ومن أجل استيفاء هذا التمازج في طبيعة المنتج الصحي سنتناول خصائصه بالنظر إلى كونه خدمة من جهة, وإلى طبيعة خصائصه الداخلية من جهة أخرى.

2- 2- 1- خصائص الخدمة الصحية من خلال اقتصاد الخدمات:

امتدادا لتحليل ***Adam SMITH*** الذي يرى أن الخدمات تبدأ في الزوال لحظة إنتاجها, حاولت الأدبيات الاقتصادية أن تعزل الخصائص الداخلية لهذه الأنشطة, واعتبرت درجة اللاملموسية, التشاركية والفورية, معايير تسمح بتحديد تعريف دقيق للخدمات وإرساء الحدود بينها وبين السلع.(2)

(1)- Isabelle HIRTZLIN, ***Op.Cit***, p2.

(2)- Farida Djellal et *al*, ***Op.Cit***, p53.

وبالتالي فإن الخدمات تكون لا ملموسة أي لا يمكن رؤيتها, تذوقها, لمسها وسماعها قبل عملية الشراء, تشاركية أي تنتج بالمشاركة, فورية أي غير قابلة للتخزين, وتعتبر هذه الرؤية مهمة لأنها توفر معايير بسيطة لتمييز الخدمات, وفيما يلي مضمون كل خاصية: (1)

الجدول رقم (1): الوظائف المكونة للخدمة الصحية.

الوظائف المكونة	أمثلة
✸ **الفندقة والإطعام.**	* الإيواء, الصيانة والتنظيف. * الإطعام. * الاستقبال. * التدفئة.
✸ **الإدارة والتسيير.**	* تسيير المخزونات, الصيدلة, التجهيزات. * تسيير الموارد البشرية, إدارة المعلومات, تسيير الملفات الطبية.
✸ **الخدمات الطبية وشبه الطبية.**	* الخدمات العلاجية. * مختبرات التحاليل والأشعة. * العمليات الجراحية. * عمليات التخذير.

Source: Farida Djellal et *al*, ***Op.Cit*, p64.**

- **اللاملموسية:** يقصد بها أن الخدمة ليست عبارة عن شيء مادي يمكن لمسه أو رؤيته, قد نتمكن من لمس بعض جوانبها لكن طبيعة الخدمة في حد ذاتها لا يمكن لمسها لأنها عبارة عن عملية أو نشاط غير مادي, وتساعد هذه الخاصية في التفرقة بين السلع والخدمات ;
- **التزامنية:** تشير هذه الخاصية إلى حدوث إنتاج الخدمة واستهلاكها في وقت واحد, ورغم كونها ليست صحيحة في كل الحالات, إلا أنها تعتبر مؤشرا جيدا لتمييز الخدمات, السلعة يتم إنتاجها, بيعها ثم استهلاكها, غير أن الخدمة يمكن أن تنتج تباع وتستهلك في وقت واحد, وقد تباع قبل أن تنتج في بعض الحالات مثل خدمات ما بعد البيع ;

(1)- Eric VOLGER, ***Op.Cit***, p10-15.

- **تباين الخدمة:** يقصد بذلك أن نفس الخدمة المقدمة من نفس الأشخاص لنفس الزبائن وتحت نفس الشروط قد تكون مختلفة عن تلك المقدمة البارحة مثلا, أو عن تلك التي سوف تقدم غدا, ويرى كل من ***Eiglier*** و ***Langeard*** أن هذه الخاصية تظهر بشكل أكبر في حالة الخدمات التي تحتاج إلى نسبة يد عاملة مرتفعة وتقتضي تفاعلات قوية بين مقدم الخدمة والزبون ;
- **Rوال الخدمة:** يقصد بهذه الخاصية أن الخدمة غير قابلة للتخزين, لأنها عبارة عن مجموعة من المؤهلات المستخدمة والطاقات المسخرة لأداء محصور في زمن معين لا يمكن تخزينه.

كما اقترح ***Lovlock*** إضافة الخصائص التالية للخدمات: (1)

❶ - مشاركة الزبون في عملية إنتاج الخدمة ;

❷ - الجزء الأهم من الخدمة يؤدى من قبل الأفراد والجزء القليل من قبل الآلات ;

❸ - صعوبة ضمان الجودة في المؤسسات الخدمية بسبب المشاركة البشرية القوية في العملية الإنتاجية ;

❹ - لا يمكن للزبون تقييم الخدمة قبل شرائها واستهلاكها ;

❺ - الخدمة هي عملية وليست نتيجة لعملية.

إن تطبيق هذه المعايير على خدمات المؤسسات الصحية, يواجه بعض الملاحظات, فبالرغم من أن المنتج الصحي يمكن تطبيق خصائص الخدمات عليه من حيث استيفائه لمعايير اللاملموسية, التشاركية والفورية, فالصحة هي عنصر غير ملموس وتتحقق بمشاركة المريض, إضافة إلى عدم القدرة على تخزينها, إلا أنه في الوقت نفسه هذا المنتج يرتبط بكائن حي وهو المريض, ويمكنه أن يقوم بتدمير كائنات مادية أو غير مادية مثل الفيروسات والميكروبات, كما يحتاج إنتاجه إلى تشكيلة من الأنظمة المادية مثل الأدوية والوسائل التقنية.

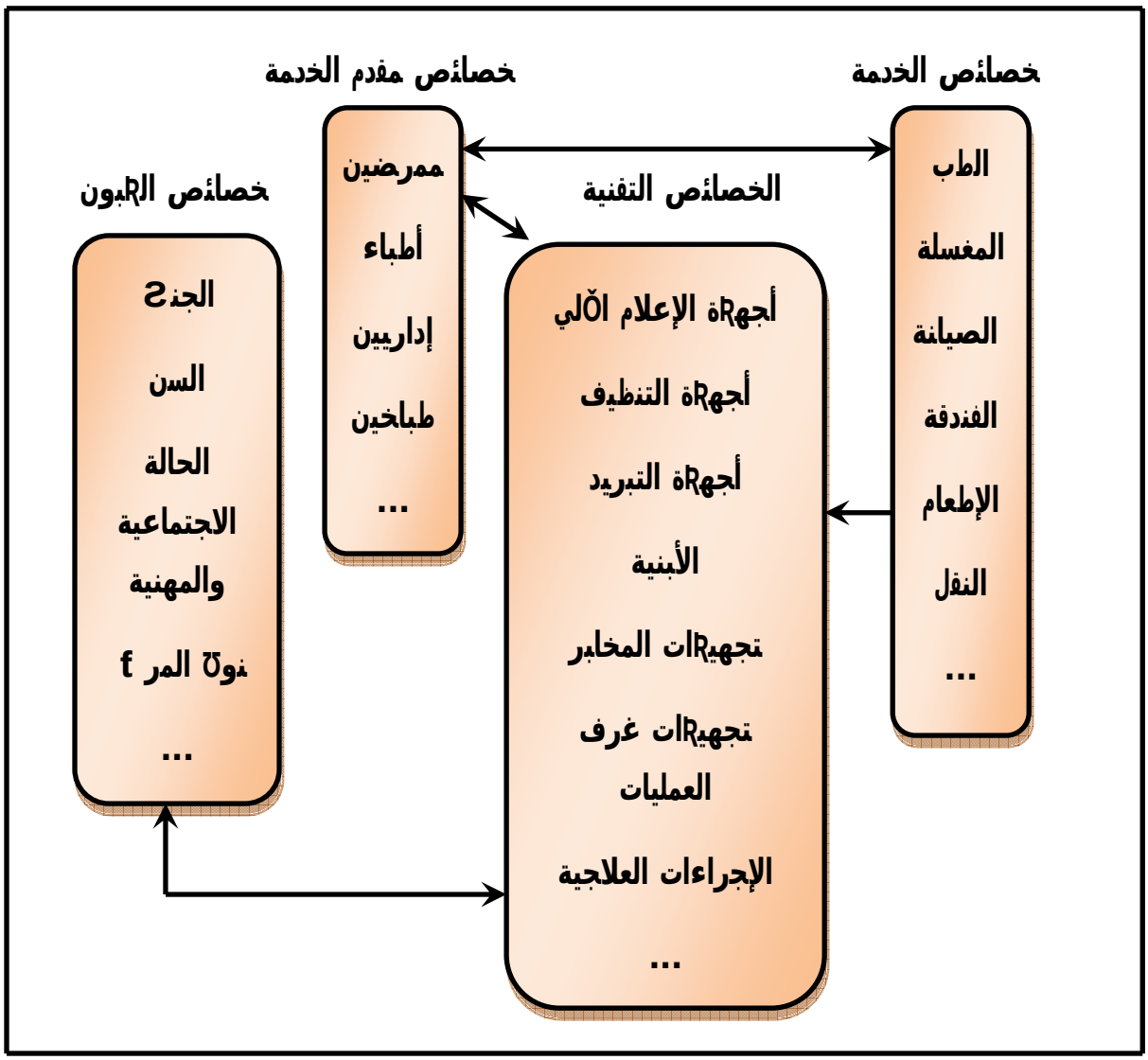
كما لا يمكننا القبول بأن مريضا في غرفة العناية المركزة يمكنه المشاركة في الخدمة –باستثناء المشاركة الجسدية-, هذا ما يعني إن إسقاط خصائص الخدمات على المنتج الصحي يكون نسبيا وليس مطلقا, فقد توجد حالات خاصة تتنافى فيها هذه الخصائص مع أدبيات المجال الصحي.

(1)- Eric VOLGER, ***Op.Cit***, *p17.*

2- 2- 2- خصائص الخدمة الصحية من خلال خصائصها الداخلية:

تتركز هذه المساهمة على ما جاء به تحليل كل من ***Saviotti*** و ***Metcalfe***, الذي خلص إلى أن المنتج يحتوي على نوعين من الخصائص: من جهة خصائص الخدمة التي تترجم القيمة الاستعمالية من وجهة نظر المستخدم مثل السرعة والأمان بالنسبة للسيارة, ومن جهة أخرى الخصائص التقنية المتعلقة بالمكونات الداخلية للسلعة مثل المحرك ونظام الفرملة.(1) وقد قام كل من ***Gallouj*** و ***Weinstein*** بإسقاط هذا التحليل على حالة الخدمات وفق الشكل التالي:

الشكل رقم (3): خصائص الخدمة الصحية حسب نموذج *Saviotti* و *Metcalfe*



Source: Farida Djellal et *al*, ***Op.Cit***, p61.

(1)- Farida Djellal et *al*, ***Op.Cit,*** p58.

وفيما يلي شرح كل فئة من الخصائص بعد إسقاطها على الخدمة الصحية:(1)

- **خصائص الخدمة:** إذا أخذنا الخدمة الصحية كوحدة للتحليل فإنه يمكننا تعريفها على أنها خدمة مركبة, ويمكننا تحديد خصائصها من خلال تحديد الخدمات المختلفة أو الوظائف الأساسية التي تكون هذا التركيب (الفندقة, النقل, العلاج...), المنتج الصحي هو " تركيب لتركيب ***Package de Package*** ", حيث أن كل مركب يمكن أن يمثل بدوره مجموعة من خصائص الخدمة فمثلا وظيفة العلاج لها خصائص الخدمة التالية: الشفاء, الاضطرابات الجانبية, المعلومة المقدمة....الخ ;
- **الخصائص التقنية:** الخصائص التقنية تلعب دورا رئيسا في منتج المؤسسة الصحية, لكنها تكون أوسع من رؤية ***Saviotti*** و ***Metcalfe***; فهي تتضمن الخصائص التقنية المادية (الوسائل التقنية, نظام المعلومات, نظام التبريد, نظام التنظيف...), والخصائص التقنية غير المادية الخاصة بالإجراءات (الاستراتيجيات العلاجية, إجراءات العلاج, إجراءات التنظيف...), وحتى بعض الخصائص المتعلقة بالمؤسسة الصحية مثل التصميم الداخلي والبنايات ;
- **مؤزللات الزبون:** يركز الباحثون على أهمية عدم التأكد وغياب المعلومات الذي يواجهه الزبون, حيث أكد ***Arrow*** أن هذا الأخير يكون غير واثق بداية من أهمية خضوعه للعلاج, ثم غير مؤهل لمعرفة طبيعة أنواع العلاج التي هو فعلا بحاجة إليها, وأخيرا لا يستطيع بسهولة تقييم جودة العلاج الذي قدم له ونتائجه, غير أن هناك من يرى أن المريض يلعب دورا مهما في الخدمة الصحية حتى وإن كان لا يملك قاعدة معرفية, فحسب ***Catrice LOREY*** أن المريض إن لم يكن يستطيع الحكم على القواعد العلمية والجوانب التقنية للخدمات العلاجية المقدمة له, إلا أنه يستطيع الحكم على الطريقة التي تم استقباله بها, معرفة فيما إذا تم إعلامه بمرضه وبكيفية معالجته أم لا, وكذلك تمييز لباقة وحسن تعامل الأطباء والممرضين معه, سرعة الاستجابة لطلباته, هدوء قاعة العلاج وجودة التغذية, إضافة إلى أن الزبون أصبح يملك بصفة متزايدة المعارف التكنولوجية الموجودة وكذا مزاياها وسلبياتها, ويحصل على ثقافة طبية من خلال المجلات المتخصصة والبرامج التلفزيونية, وذلك كما يوضحه ***Moisdon*** الذي يرى أن المرضى أصبحوا يفرضون متطلبات متنامية اتجاه الخدمات المقدمة لهم, كما هو الحال عند كونهم مستهلكي سلع ;
- **مؤزللات مقدم الخدمة:** تتعلق بالفرد في حد ذاته الممثل في الطبيب, المعالج, الممرض, الطبالة, السكرتير...الخ, هذه المؤهلات ليست ثابتة, فهي تتغير عبر الزمن في إطار التفاعلات مع الخصائص التقنية ومؤهلات الزبائن, لها مصادر مختلفة: التعليم الأساسي, التعليم المستمر, التجارب وأيضا التفاعلات المختلفة. وقد تأخذ أشكالا عدة:

(1)- Farida Djellal et *al*, ***Op.Cit***, *p60-62.*

- مؤهلات علمية وتقنية (مؤهلات محصلة أو مهنية) ;
- مؤهلات علاقاتية داخلية أو خارجية (مؤهلات تنتج عن العلاقات الموجودة داخل فريق العمل أو مع طالبي الخدمة) ;
- مؤهلات إبداعية ;
- مؤهلات عملياتية أو يدوية, على سبيل المثال تكون في قلب الوظائف اللوجستية (الصيانة, الإطعام...), أو في قلب العمليات الجراحية.

2- 3- العملية الإنتاجية في المؤسسة الصحية:

إن اقتصاد الصحة يقوم أساسا على فكرة أن تصميم المؤسسة الصحية ينطلق من كونها وحدة إنتاجية, أي اعتبارها مؤسسة اقتصادية مثل المؤسسات الأخرى, هذا التحليل هو نتيجة بحوث وأعمال علمية حديثة (سنوات الستينات), و يرى المختصون في هذا المجال العلمي, أنه لا يوجد فرق البتة بين إنتاج سيارة وإنتاج الصحة, حيث أنه في كلتا الحالتين يتطلب الأمر تجميع وتنظيم عوامل الإنتاج للحصول على منتج.

يمكن ترجمة وظيفة إنتاج الخدمة الصحية وفق المعادلة التالية: (1)

$S = g\ (m)$, حيث:

- S يعبر عن المنتج (الخدمة الصحية) ;
- m يعبر عن العلاجات الطبية.

العلاجات الطبية m التي تم التعبير عنها للتبسيط كأنشطة متجانسة, تشتمل في حقيقة الأمر على متغيرات عديدة:

- رأس المال (الأسرة, أجهزة التشخيص والعلاج, غرف العمليات...) ;
- اللوازم (أغطية, أدوية...) ;
- أنواع مختلفة من العاملين (أطباء, ممرضين, إداريين...) ;
- المرضى, باعتبارهم يشاركون في العملية العلاجية (إنتاج مشترك).

ونفس الشيء بالنسبة للمنتج S فهو ليس بمنتج متجانس, نظرا لأن المؤسسات والعيادات الطبية هي ورشات متعددة المهام تنتج تشكيلة من المنتجات المختلفة, تكون كل واحدة من هذه الأخيرة موجهة لمريض خاص, أخذا بعين الاعتبار عدم تجانس المدخلات والمخرجات, يمكن التعبير عن وظيفة إنتاج الخدمة الصحية بالطريقة التالية: $(S_1, S_2, \dots S_i, \dots S_m) = g\ (m_1, m_2, \dots m_i, \dots m_m)$.

(1)- Farida Djellal et *al*, ***Op.Cit***, *p3.*

إن درجة تركيب العملية الإنتاجية الصحية تظهر بصفة خاصة على مستويين:(1)

❶ - النشاط العلاجي الذي يستلزم مهارات متعددة تتبع الكثير من التخصصات ;

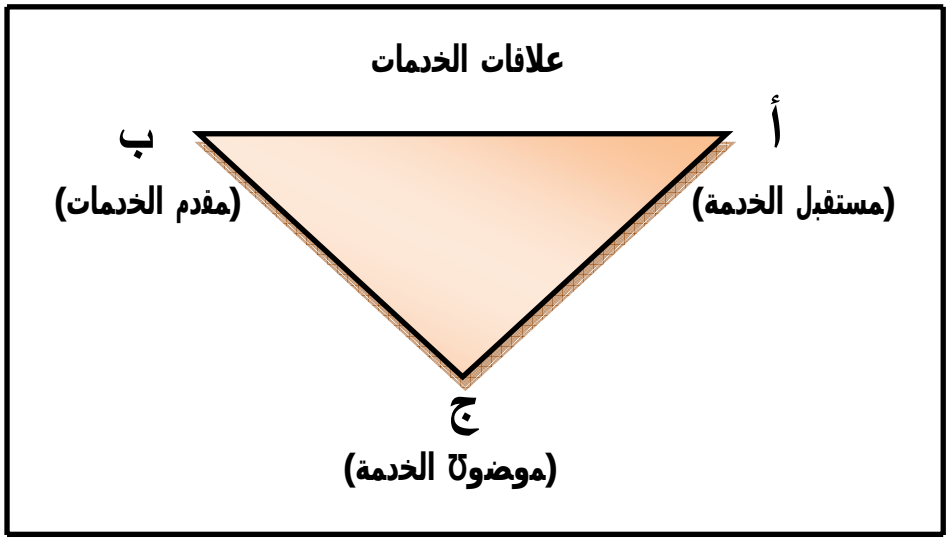
❷ - المريض الذي يدخل المؤسسة; يتبع مسارا خاصا يرتبط بعدد من المقاييس مثل نوع المرض, درجة خطورته, سن المريض, سوابقه المرضية, الأنشطة المتوقعة (تحاليل, أشعة...), إضافة إلى التعقيدات المحتمل حدوثها أثناء علاجه, لهذا لا توجد عملية إنتاجية نموذجية للخدمة الصحية تأخذ بعين الحسبان كل هذه الاعتبارات وتتضمن كل الاحتمالات الممكنة.

ولفهم أكثر دقة للعملية الإنتاجية في المؤسسة الصحية, سنعتمد على نموذجين, الأول هو نموذج مثلث الخدمات, والثاني هو نموذج إنتاج الخدمة ***Modèle de Servuction***.

2- 3- 1- إنتاج الخدمة الصحية حسب مثلث الخدمات:

للتحكم في الصعوبات التي تواجه وصف العملية الإنتاجية للخدمة, اقترح ***Gadrey*** نموذجا باسم مثلث الخدمات ***Triangle du Service***, انطلاقا من رؤيته للخدمة على أنها عملية وليست نتيجة لعملية, حيث عرفها على أنها: " مجموعة من عمليات المعالجة المختلفة, المحققة من طرف مقدم الخدمة, بخصوص موضوع له علاقة مع الزبون ".(2)

الشكل رقم (4): مثلث الخدمات.



Source: Farida Djellal et *al*, ***Op.Cit,*** **p61.**

(1)- Fabienne ALVAREZ, ***Op.Cit***, p4.
(2)- Farida Djellal et *al*, ***Op.Cit***, p58.

إذا قمنا بإسقاط هذا المثلث على المؤسسة الصحية فإن أضلاعه ستمثل:

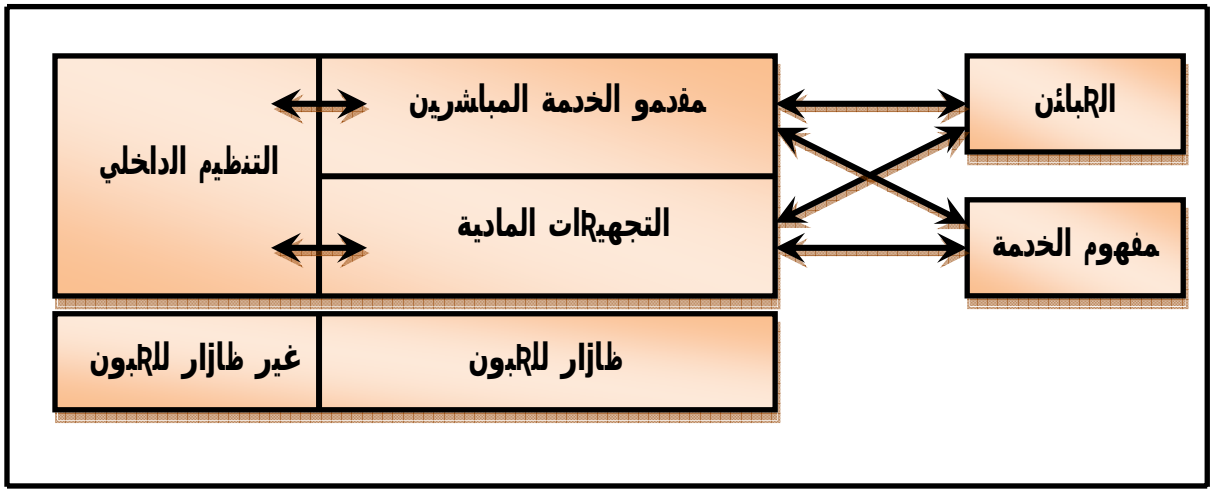
- مقدم الخدمة ونعني به الكادر البشري (الفريق الطبي وشبه الطبي, المسيرون...) ;
- مستقبل الخدمة ونعني به زبون المؤسسة الصحية الممثل عادة في المريض ;
- موضوع الخدمة, أي الهدف المرغوب تحقيقه من تقديم الخدمة لحساب طالبها (العلاج, خدمات الاستقبال وحجز المواعيد, العمليات الجراحية...).

نشير هنا إلى أن إنتاج الخدمة الصحية من خلال توفر هذه العوامل الثلاثة, يقتضي مجموعة من التفاعلات المتبادلة فيما بينها تحددها المؤسسة الصحية عبر منهج وسياسة إدارتها من خلال تسخير الموارد والتقنيات اللازمة.

2- 3- 2- إنتاج الخدمة الصحية حسب نموذج *Eiger* و *Langeard*:

قام كل من ***Eiglier*** و ***Langeard*** سنة 1978 بتقديم نموذج يعبر عن إنتاج الخدمة, وأطلقا عليه تسمية ***Modèle de Servuction***. (1) والشكل التالي يوضح ذلك.

الشكل رقم (5): نموذج *Eiglier* و *Langeard* لإنتاج الخدمة.



Source: Eric VOLGER, *Op.Cit.*, p11.

إن الفرق الجوهري بين هذا النموذج وبين نماذج الإنتاج العادية هو تقديمه ضمن نظام, فسلسلة الإنتاج العادية هي سلسلة خطية (بمعنى تتابع المراحل حيث الثانية تلي الأولى مباشرة), ولا يمكن تطبيقها في المجال الخدمي, أين تكون عناصر كثيرة ضرورية في وقت واحد لأداء الخدمة, وتكون مرتبطة فيما بينها ولا يمكن أن يكون لأي عنصر أهمية دون وجود الآخر.(2)

(1)- Eric VOLGER, ***Op.Cit***, *p11.*
(2)- ***Idem***, *p21.*

الفرق الآخر هو وجود خط الرؤية الذي يفصل بين جزء ظاهر للزبائن المتمثل في الأشخاص اللذين لهم علاقة مباشرة مع الزبون أثناء تأدية الخدمة وكذلك الوسائل المادية وأحيانا التسيير العملياتي, وجزء غير ظاهر (عاملي القاعدة الخلفية, نظام المعلومات...). وقد فرق ***Gronross*** بين هذين الجزأين الجبهة الأمامية ***Front Office*** والجبهة الخلفية ***Back Office*** على أساس قسم الدعم (التكنولوجيا, التسيير العملياتي والوظيفي...), وقسم تفاعلي (الكادر البشري الذي يتصل بالزبون, أنظمة المعلومات...).(1)

بتطبيق هذا النموذج على المؤسسة الصحية, فإن عوامل العملية الإنتاجية تكون كالتالي:

- **الزبون:** ويعتبر العنصر الذي يمثل أساس النظام الإنتاجي للخدمة الصحية, ومن المعروف أن الزبون يتجسد في دور المشتري الذي لا يمكنه اختراق محيط الإنتاج, لكن في إنتاج الخدمة الصحية الأمر مختلف تماما, وجود الزبون ضروري لإنتاج هذه الأخيرة, ومن المألوف أن يعمل رفقة مقدمي الخدمة الممثلين في مهنيي الصحة والكادر البشري المساند, هذا الإنتاج المشترك ***Coproduction*** بين مقدم الخدمة وطالبها, يمثل عاملا جوهريا يضيف للمؤسسة الصحية ميزة تنافسية إذا أحسنت إدارته واستغلاله ;
- **عاملو الجبهة الأمامية:** وهم العاملون اللذين لديهم علاقة مباشرة مع الزبون (الأطباء, الممرضين...), ويقع على عاتقهم أداء الجزء الظاهر للخدمة الصحية, وهم يعملون بصفة مشتركة مع الزبون وأحيانا من دونه, وأحيانا مع عاملي الجبهة الخلفية, ويستخدمون في بعض الحالات آلات وتجهيزات (وسائل طبية, أدوات جراحية...). إدارة الكادر البشري الخاص بهذه الجبهة لها طبيعة خاصة, لأن حجم دور العلاقات الإنسانية كبير وحسن إدارة الفريق أمر حاسم للوصول إلى نتائج جيدة, ويجب دوما الأخذ بعين الاعتبار أن العنصر البشري العامل في الجبهة الأمامية يمثل المؤسسة الصحية في أعين الزبائن ;
- **عاملو الجبهة الخلفية:** يمثلون العناصر البشرية غير الظاهرة للزبون ;
- **الإجراءات:** وهي تتمثل في الإطار المحدد للعلاقات الداخلية بين عاملي الجبهة الأمامية والجبهة الخلفية, وقد تمثل أيضا الإطار المحدد للعلاقات الخارجية مع الزبون ;
- **الوسائل المادية:** وهي تتمثل في مجموع العناصر المادية الملموسة لإنتاج الخدمة الصحية ;
- **موضوع الخدمة:** أي الفكرة التي جاءت بالزبون والتي دفعت الكادر البشري للعمل والممثلة بشكل أساسي في العلاج.

(1)- Eric VOLGER, ***Op.Cit***, p21.

3- جودة الخدمة الصحية:

إن ارتباط الخدمة الصحية بالحياة البشرية يجعل من الاهتمام بجودتها أمرا حتميا, فالأشكال المختلفة من الممارسات غير الصحيحة قد تؤدي إلى نتائج غير مرغوبة, كثيرا ما يصعب تداركها وقد يستحيل في بعض الحالات, لذلك يرى الكثير من الباحثين في مجال جودة الخدمات الصحية أن اعتبار هذه الأخيرة منتجا مثل باقي المنتجات الاقتصادية – حسب منظري اقتصاد الصحة-, فيه شيء من التقليل من المستوى الإنساني الرفيع الذي يجب أن ينظر وفقه إلى هذا النوع من الخدمات, ومن جهة أخرى يرى مهنيو الصحة, أن إخضاع ممارساتهم لمعايير الجودة التي صيغ أغلبها اعتمادا على مرجعيات الوسط الصناعي, يضفي على الخدمة الصحية طابعا ممنهجا كثيرا ما يعرقل سير العمل, بسبب التعقيد في الإجراءات الذي ينتج عن تنميط الممارسة المهنية في المؤسسة الصحية.

وبالرغم من وجهات النظر المختلفة, فإن مفاهيم الجودة التي تم تطبيقها في المجال الصحي كانت ولا زالت تهدف إلى الارتقاء بصحة الفرد وحمايته من الأخطاء الطبية, التي تنتج في أغلب الأحيان عن الإهمال واللامبالاة من ناحية, وبسبب غياب معايير الأداء الجيد, يحاسب كل من يخالفها مثل ما هو الحال في المؤسسات الصناعية من ناحية أخرى. وسنحاول عرض المفاهيم الأساسية الخاصة بجودة الخدمة الصحية من خلال التعرض لمفهومها, مؤشراتها وطرق قياسها.

3- 1- ماهية جودة الخدمة الصحية:

إن انتقال مفاهيم الجودة من الأوساط الصناعية إلى الأوساط الصحية, رافقه الكثير من الغموض في أساليب التطبيق ومرجعيات التقييم, ورغم الاهتمام الكبير الذي يوليه المختصون والباحثون لإرساء قاعدة علمية معنية بجودة الخدمات التي تقدمها المؤسسة الصحية, إلا أن التحدي لا زال قائما نظرا لعدم القدرة على تنميط الخدمات بصفة عامة ولطبيعة للخدمة الصحية بصفة خاصة.

ويمكن تقسيم المنافع المتحققة من خدمات صحية ذات جودة عالية إلى: (1)

❶ - منافع مباشرة ملموسة يمكن قياسها وحسابها, تتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلا نتيجة لإنتاج خدمات صحية جيدة ;

❷ - منافع مباشرة غير ملموسة يصعب قياسها, تتمثل في الحد من الآلام التي يعانيها المريض نتيجة للخدمات الصحية التي حصل عليها.

(1)- طلعت الدمردا ش , **اقتصاديات الخدمات الصحية,** مكتبة القدس, مصر, 2006, ص24.

3-1-1- تطور مفهوم الجودة في المجال الصحي:

إن تاريخ الجودة المدون يعود إلى حوالي 40 قرن في مملكة بابل, حيث قام ملكها ***Hammourabi*** بنقش قانون مكون من 300 مادة على نصب ضخم, وكان للجودة الصحية نصيب من هذا القانون, حيث تم التطرق فيه إلى مفهوم المسؤولية الطبية في مادته 218, والتي تنص على التالي: " إذا تسبب طبيب في جرح خطير لمريض بحربة من البرونز وأدى ذلك إلى فقدانه حياته, أو سبب له جرحا في عينه بحربة من البرونز وأدى ذلك إلى فقدانه عينه, يجب قطع أصابعه ".(1)

يرجع الاهتمام بتحسين الخدمة في مجال الرعاية الصحية إلى الهيئات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية, وذلك عندما اجتمع 21 من مؤسسات تقديم الرعاية الصحية مع عدد مماثل من خبراء الصناعة في مجال الجودة بمدينة بوسطن عام 1978, وقاموا بإعلان بداية البرنامج القومي لتحسين جودة الخدمات الصحية ***The National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care,*** وبعد اجتماعات مكثفة بين الفريقين تم تقديم تقرير شامل حول إمكانية استخدام مفهوم الجودة في مجال الرعاية الصحية. (2)

يرى ***Minvielle*** أن هناك مرحلتين ميزتا تطور مفهوم الجودة الصحية: (3)

المرحلة الأولى: مرحلة تقييم الجودة الطبية:

في سنوات 1980 ظهر اتجاهان متمايزان: تقييم جودة الممارسات المهنية وتقييم الجودة العلاجية, وفيما يلي محددات كل اتجاه:

- **الاتجاه الأول: جودة الممارسات المهنية:** من خلال هذا التوجه تم النظر إلى الجودة على أنها التحكم في المعارف الخاصة بكل مهنة, ويرتبط ظهور التقييم في مجال الممارسات الطبية – وفيما بعد التمريضية – بسلسلة من الدراسات الأمريكية المنجزة خلال سنوات 1970, والتي شكلت حسب ***Kimberly*** تغييرات حقيقية في ممارسة المهام الطبية والجراحية. يشير ***Clément*** إلى أن هذه الحركة تنظر إلى الجودة من خلال الخبرة أكثر من الهيكل المهني.

(1)- Claire HURLMANN, ***Approche Conceptuelle de la Qualité des Soins,*** Institue de Travail Social de la Région Auvergne, Centre de Ressources Documentaires, Bulletin n°35 : Accréditation et Qualité des soins Hospitaliers, Juin 2001, p3.

(2)- عبد العزيز مخيمر, محمد الطعامنة, **مرجع سابق** ص221.

(3)- Jocelyn HUSSER, ***Le Management Stratégique de la Qualité Hospitalière par l'Encadrement Intermédiaire,*** XVEME Conférence Internationale de Management Stratégique, Annecy / Genève 13 – 16 juin 2006, pp3-5.

وقد انشغل الأطباء بما يسمى استراتيجيات الأمراض, ولتحديدها قامت الفرق الطبية بالعودة إلى إجراءات تقييم البحث السريري, التي تهدف إلى إثبات فعالية الفحوص التشخيصية أو العلاج وفق نماذج إحصائية, تسمح بإضفاء صبغة علمية على الممارسة المهنية, تسعى الجودة من هذا المنطلق إلى تثمين الخبرة المهنية التي لا ينظر إليها فقط من خلال المعطيات التجريبية لممارسة معينة, وإنما من خلال الحجج والإثباتات العلمية, أما بالنسبة للممرضين يرى ***Lacoste*** أن الجودة تدل على السير الحسن للإجراءات التقنية والتي تنشأ عن الخبرة المؤسسة على المعارف المهنية.

- **الاتجاه الثاني: جودة الخدمات المقدمة للمرضى:** إن تقييم الخدمات الصحية سخر نظرة بيروقراطية للجودة حيث ترجمت على أنها احترام القواعد العامة, سواء المشكلة من قبل الإدارة – بالتوافق مع مهنيي الخدمة العلاجية – أو تعبّر عن نصوص قانونية.

إن الجودة حسب هذا الإتجاه تقوم على خاصيتين رئيسيتين:

❶ - تنميط القواعد والمعايير ;

❷ - زيادة حجم الأنشطة القابلة للقياس.

وفق هاتين الخاصيتين يتم اقتراح أدوات تقييم على أساس التطابق مع المعايير المحددة والمعتمدة في كل الوحدات العلاجية.

المرحلة الثانية: ضمان الجودة:

يرى ***Walter*** أن برامج ضمان الجودة في سنوات 1980 قامت على مبدأين أساسيين هما:

❶ - إجراءات المراقبة أصبحت تعمل بصفة روتينية ;

❷ - وجود نموذج لتنفيذ العمل يخضع لمبدأ المطابقة مع معايير ومقاييس موضوعة مسبقا, وضمان الجودة يعني احترام هذا التطابق.

إن العمل بهذه المبادئ استلزم تحقيق الترابط بين فترة الرقابة والتقييم وبين الفترة اللازمة لاتخاذ الإجراءات التصحيحية. الفترة الأولى تقوم على التعريف الدقيق للأحداث غير المرغوب فيها والتي ستكون موضوع المراقبة, وفيها يتم العمل بالإجراءات المعتمدة وفق أسس تحث على ضرورة توثيق تفاصيل الأنشطة انطلاقا من المبدأ القائل كتابة ما نقوم به والقيام بما نكتبه " ***Ecrire ce que l'on fait et faire ce que l'on écrit*** ", وذلك بسبب المخاطر التنظيمية الحاصلة أثناء النقل الشفوي للمعلومات, أما الفترة الثانية فهي تهدف إلى اتخاذ الإجراءات التصحيحية, حيث تقوم البرامج التحسينية على تخفيض الفروق بين الممارسات الفعلية وبين الممارسات المرغوب فيها مثلما تم تحديدها في المرجعيات.

في نهاية الثمانينات شكلت الدراسات السابقة حول تقييم وضمان الجودة موضوع جدل علمي مهم في الولايات المتحدة الأمريكية وسنوات فيما بعد في فرنسا, فبرغم النجاحات التي حققت في المجال اللوجستي والتقني وكذلك في مجال الممارسات المهنية.

وجهت انتقادات عديدة لبرامج تحسين الجودة ويعود ذلك حسب ***Minvielle*** و ***Kimberly*** إلى المطالبة بتوسيع نطاق تطبيق الجودة. وفيما يلي أهم هذه الانتقادات: (1)

- يعتبر كل من ***Schumacker*** و ***Berwick*** أول من أشار إلى الخاصية الإختزالية لبرامج تحسين الجودة, والتي كانت موجهة فقط في نظريهما إلى تحليل الممارسات المهنية, حيث ربط مفهوم الجودة فقط بتصميم الاستراتيجيات العلاجية وتم تجاهل كل مراحل إعدادها, وتم حصر الجودة في الخبرة الطبية دون الأخذ في الحسبان باقي المهنيين, أو حتى مشاركة المستخدم الذي يمثل عنصرا حاسما في العملية العلاجية, هذه الانتقادات ترتكز على ثوابت كلاسيكية في المجال الصناعي, وانطلاقا من تحليل ***Deming*** الذي يرى أن 15% من النقائص ترتبط بالخبرة التقنية للمهنيين و85% تعود إلى عوامل تنظيمية, أي أن ظهور قصور معين لا يعني فقط ارتكاب المهنيين للأخطاء ولكن أيضا يعني عدم مقدرة المؤسسة الصحية على التنظيم الفعال للخدمات العلاجية ;
- ويرى فريق آخر من الباحثين في مجال الجودة الصحية أن العيب في برامج تحسين الجودة هو صعوبة الوصول إلى التطابق مع المعايير, وذلك لعدم إمكانية التحديد الدقيق لهذه الأخيرة عندما يتعلق الأمر بالخدمات.

ردا على هذه الانتقادات ظهرت حركة إدارة الجودة الشاملة, التي اهتمت بدرجة أكبر بتسيير الموارد البشرية فيما يتعلق بالتكوين والتحفيز. ويرى ***Minvielle*** أن هناك مبادئ عديدة تقود هذه الحركة, منها: (2)

❶ - التحسين الذي يهدف إلى البحث عن التميز في العمل ;
❷ - الملاءمة بين العرض الصحي واحتياجات المستخدم ;
❸ - إدارة المعارف التنظيمية.

إن توسيع وتعميم هذا المنطق يجب أن يأخذ بعين الاعتبار متطلبات جميع الزبائن والموردين الخاصة بالجودة, هذا الأسلوب يستعمل كرافعة الصعوبات الثلاث: القيام باستمرار بعمل أحسن, بسرعة وبأقل التكاليف, وللوصول إلى هذه الأهداف على المؤسسة أن تتبنى تحولات عميقة تأخذ شكل ثورة ثقافية, استعمال الإدارة بالجودة الشاملة لا يزال في مرحلة التجريب في المؤسسات الصحية, وتطوره محدود بسبب تحليل تكاليف اللاجودة والتمييز الدقيق بين قيمة الخدمة العلاجية وبين تكلفتها الحقيقية. (3) الجدول التالي يظهر أهم المحطات التي مرت بها مفاهيم الجودة من خلال أهم مرتكزاتها.

(1)- Jocelyn HUSSER, ***Op.Cit*** , *p5.*
(2)- ***Idem***, p5.
(3)- Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale, ***Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé***, principes méthodologiques, Service Evaluation Hospitalière, Paris, 1996, P4.

جدول رقم (2): الأساليب المختلفة لإدارة الجودة.

*** مراقبة الجودة.**	مجموع العمليات المتمثلة في قياس وفحص مختلف خصائص الوحدة ومقارنة النتائج بالمتطلبات المحددة بهدف تحديد مدى مطابقة كل خاصية.
*** ضمان الجودة.**	مجموع العمليات الموضوعة والمنظمة اللازمة لمنح الثقة الخاصة بمنتج أو خدمة عن طريق تلبية متطلبات الجودة.
*** التحسين المستمر للجودة.**	منهجية مطورة من قبل *Deming* و*Juran* تقوم على فكرة أن الجودة يمكن أن تحسن باستمرار باستخدام التقنيات الفعالة, هذه الأسلوب يتعارض مع الرؤية التقليدية بأن الأداء الأمثل يكون من خلال إلغاء المشاكل.
*** الإدارة بالجودة الشاملة.**	نمط لإدارة التنظيم بالتركيز على الجودة, اعتمادا على مشاركة جميع أفراده, وتهدف إلى نجاح طويل المدى من خلال إرضاء الزبائن وأفراد التنظيم والمجتمع بصفة عامة.

Source : Patrick MOULIN, *Qualité des soin,*. http://www.infirmier-general.com/cv.htm, le 10/01/2007.

إن تطور مفاهيم الجودة عبر مراحل زمنية مختلفة, ما هو إلا دليل على صعوبة بلورة قاعدة علمية ومنهجية محددة المعالم للنوعية في المجال الصحي, وأصبح الاتجاه السائد في الوقت الحالي هو الاهتمام المتزايد بإشراك مستهلك الخدمة الصحية في إنتاج هذه الأخيرة والمساهمة في تحسين جودتها. وذلك يستلزم إقناعهم بجدية إشكالية جودة الرعاية الصحية, وأن لها نتائج إيجابية حقيقية. فضلا على زيادة الاهتمام بالاستهلاك الصحي حيث أصبحت معظم المؤسسات الصحية تخضع لمنطق مزدوج:(1)

* منطق التحكم في النفقات الصحية استجابة لمتطلبات الجهات الممولة وشركات التأمين.

* منطق تحسين الجودة استجابة لمعايير منظمات الاعتماد والتأهيل, فضلا عن متطلبات المرضى الذين أصبحوا يلجئون للقضاء في حالات الخطأ الطبي والتعرض للأخطار داخل المؤسسة.

وبهذا الخصوص تواجهنا إشكالية من شقين (2), من جهة الكثير من المستهلكين الذي يهتمون بجودة الرعاية الصحية, يرغبون في الحصول على معلومات موضوعية, وهم يشاركون بشكل متزايد

(1)- Hervé Leteurtre, Irène Patrelle, Jean-François Quaranta et Nathalie Ronzière, ***La Qualité Hospitalière***, Berger-Levrault, 1999, France, P169.

(2)- Dale Shaller et al, ***Consumers and Quality-Driven Health Care: A Call to Action***, HEALTH AFFAIRS, Volume 22, Number 29, March/April 2003, p96.

في اتخاذ القرارات المتعلقة بحالتهم الصحية, من جهة أخرى, قليلون من يعتمدون على المعلومات الخاصة بالجودة السريرية أو شروط الفعالية في اتخاذ القرارات, وهناك سببين رئيسيين لذلك وكلاهما يحتاج إلى الانتباه والاهتمام, أولا افتقاد الناس إلى فهم ما تتضمنه وما لا تتضمنه الجودة, الأمر الثاني يتعلق بقلة معايير الجودة التي تعبر عن متطلبات المرضى لانعدام الحوار المباشر معهم حول أكثر ما تمثله الجودة بالنسبة لهم.

إذا نظرنا إلى الصعوبة التي واجهت الخبراء والمختصين في بناء تعريف موحد لجودة الخدمة الصحية, لا يمكننا أن نفاجأ بعدم إدراك المستهلكين لما تعنيه " الجودة " و " قياس الجودة ", وإذا سألنا المستهلكين عن تصورهم لجوانب الجودة, فإن بعضهم يراها في مؤهلات الأطباء, وقد يراها آخرون في التكاليف المعقولة, وهذا المفهوم الضيق للجودة يعكس محدودية المعلومات المتاحة.

3-1-2- مفهوم جودة الخدمة الصحية:

رغم وجود تعريفات كثيرة معتمدة يبقى مفهوم الجودة ذا أوجه متعددة, ويرجع ذلك إلى موقع من يعرفها في المجال الصحي (المستخدم, المهني, المسير...). في الوسط المهني تتجه مفردة " الجودة العلاجية " تلقائيا إلى تشبيه الجودة بالخبرة السريرية(1), وذلك ناتج عن التكوين الطبي الذي يتمركز حول امتياز الممارسة السريرية, في حين أن المريض قد ينظر إلى الجودة بطريقة مختلفة عن تلك الخاصة بممارسي المهنة.

إن جودة الخدمة الصحية هي مفهوم متعدد الأبعاد, فهي تشمل معايير الإنتاج (الفعالية السريرية المعبر عنها في معدلات الوفيات / المرضى, الأمن والجودة من وجهة نظر المريض ومحيطه), ومعايير العمليات (الممارسات المهنية والجوانب التنظيمية)(2), هذا المفهوم المتعدد الأبعاد للجودة الصحية, تم وضعه من قبل ***Adevis DONABEDIAN***, حيث قدم في عام 1966 شرحا مطولا لنموذجه المتكامل في تعريف جودة الرعاية الصحية, وقد حدد فيه بدقة الخطوط العريضة للأبعاد الرئيسية لتعريف الجودة, والمتمثلة في:(3)

- **منتجي الخدمات العلاجية:** تتعلق الجودة بالخصائص التقنية من جهة, وبالخصائص العلاقاتية للمعالجين من جهة ثانية, التقنية ترتبط بالقدرات والمؤهلات الطبية, غير أن التقدم العلمي والتكنولوجي الحاصل لا يمكنه لوحده أن يضمن جودة العلاج, وهنا تظهر أهمية علاقات المعالجين بمرضاهم من حيث حسن استماعهم والمحافظة على سرية معلوماتهم ;

(1) - Liz.C.Creel, Justine C.Sass, Nancy V.Yinger, ***Aperçu de la qualité des soins pour la santé reproductive : définitions et mesures de la qualité*,** Nouvelles perspectives sur la qualité des soins : n°1, Population Council et Population Référence Bureau, Washington, Décembre 2002, p2.
(2)- S.Bahrami, C.Grenier-Sennlier, E.Minvielle, ***Conception et Rôle des Indicateurs de Qualité dans l'Evaluation des Pratiques Professionnelles,*** Institue National de la Santé et de la Recherche Médicale - INSERM, Juin 2005, France, p7.
(3)- *Claire HURLMANN,* ***Op.Cit****, p7.*

- **التجهيزات:** ترتبط الجودة وفق هذا المستوى بمدى ملاءمة التجهيزات التي تستخدم أثناء معالجة المريض, أو تلك اللازمة لإقامته ;
- **العلاج المقدم للمريض :** تتعلق الجودة هنا بنوعية العلاج الذي يتلقاه المريض, ومدى إشراك المريض في العملية العلاجية, وإعلامه بالمعلومات الضرورية بتطور حالته الصحية ;
- **العلاج المقدم للمجتمع:** ترتبط الجودة هنا بمدى سهولة وصول كافة فئات المجتمع إلى الخدمة الصحية, وأن تقدم بنفس الدرجة من النوعية لكل طالبيها دون تمييز باختلاف وضعياتهم الاجتماعية, الاقتصادية والجغرافية.

عرف ***Donabedian*** الجودة بأنها: " صفة الرعاية التي يتوقع من خلالها الارتقاء بمستويات تحسين حالة المريض الصحية, بعد أن يؤخذ في الحسبان, التوازن بين المكاسب والخسائر التي تصاحب عملية الرعاية في جميع أجزائها ", كما عرفها بأنها: " القدرة على تحقيق أهداف مرغوبة باستخدام وسائل شرعية وصحيحة ", وعرفها أيضا من ناحية عملية بأنها: " درجة التميز والتوافق مع المقاييس والمعايير الموضوعة ".(1)

فحسبه تمثل جودة الخدمة العلاجية الرابط بين البنية, العمليات والنتائج (2), مفهوم البنية ويشمل الجوانب التنظيمية والمادية المنتجة للموارد التي تخلق الاستقرار: المعارف, المهارات, فطنة العنصر البشري, نسبة الممرضين إلى المرضى, الموارد المادية والبيئية. مفهوم العمليات يتعلق بالأنشطة التي تدور حول مقدمي الخدمة والمرضى: كل ما يرتبط بتقديم الخدمات والعلاج, طريقة التقديم, الممارسات المهنية, تنظيم الخدمات العلاجية, المعلومة المرتبطة بالخدمة العلاجية, تقييم وتحسينها. مفهوم النتائج يتعلق بنتيجة الخدمة المقدمة التي ترتبط مباشرة بالقرار الطبي وبالتالي بالعوامل المؤثرة عليه.

وقد عرفتها الجمعية الطبية الأمريكية سنة 1984 على أنها: " الخدمة الصحية التي تساهم بفعالية في تحسين أو المحافظة على جودة أو/ و/ استمرارية الحياة ", وقد أدرجت ضمن هذا التعريف فيما بعد مفاهيم عديدة مثل فرص الحصول على العلاج والمعلومات, مشاركة المرضى, التوفر على المعارف العلمية والاستخدام الأمثل للموارد(3).

(1)- Nicolas BODIN, ***L'utilisation par le personnel infirmier du dossier de soins patient informatisé,*** Travail de fin d'études Diplôme d'État d'Infirmier, Promotion 2003-2006, CHU BICETRE, France, p125.
(2) ***-Idem,*** p18.
(3)- Claude VILCOT, Hervet LECLET, ***Indicateurs Qualité en Santé : Certification et Evaluation des Pratiques Professionnelles***, AFNOR 2006, France, P14.

فيما عرفها المعهد الطبي الأمريكي على أنها المستوى الذي تصل إليه المؤسسات الصحية فيما يتعلق بـ: (1)

- ارتفاع احتمال الحصول على النتائج المرغوبة من قبل الأفراد والمجتمع.
- النتائج المحاسبية والمالية.

ينظر مهنيو الصحة للجودة من خلال خصائص ونتائج الخدمة التي يقدمونها للمرضى, ويتضمن ذلك بعدين مختلفين تماما:

- **بعد معرفي, علمي وتقني**, يعني إنجاز العمل بطريقة جيدة من ناحية التشخيص الصحيح, اتخاذ القرار الصائب, الاختيار العلاجي الدقيق...الخ, فضلا عن امتلاك الوسائل والموارد اللازمة, التجربة والمؤهلات الكافية ووجود محيط تنظيمي ملائم.
- **بعد علائقي**, يمثل الوجه التبادلي بين مقدم الخدمة ومستقبلها, ويقوم على جودة الاتصال, هيئة الطبيب المعالج, استقامته, نزاهته وطريقة تعامله مع المرضى.

وقد عرفت الجودة حسب ***Labour Gov UK*** على أنها القيام بالأمور الصحيحة (ماذا ؟) للأشخاص المناسبين وفي الوقت المناسب (متى ؟), والقيام بها صحيحة من أول مرة. أما حسب ***المعهد الطبي*** فإن جودة الرعاية الصحية هي قدرة الخدمات الصحية على زيادة درجة احتمال حصول الأفراد والمجتمعات على النتائج الصحية المرغوبة, وأن تتناسب والمعارف المهنية الحالية, في حين ترى ***Council of Europe*** أن جودة الرعاية الصحية تعبر عن زيادة حظوظ المرضى في بلوغ النتائج المرغوبة عبر العلاج المقدم والتقليل من احتمالات النتائج غير المرغوبة, بالنظر إلى مستوى المعرفة الحالي(2), فيما قدم كل من ***Kalzuny*** و ***McLaughlin*** و ***Kibbe*** تعريفا آخر للجودة بأنها مدى التوافق أو عدم التوافق مع توقعات المستفيدين الداخليين والخارجيين واحتياجاتهم (المرضى وأسرهم, الأطباء, أرباب العمل, الموظفين)(3).

وبالنظر إلى رؤى المستفيدين من الخدمة, فإنه يمكن إرساء التعاريف التالية لجودة الخدمة الصحية:(4)

- **الجودة من وجهة نظر المرضى:** يعتقد المرضى أن قدرة الخدمة الصحية على تلبية احتياجاتهم بالتطابق مع معايير معتمدة تعتبر القاعدة الأساسية التي يحكمون من خلالها على جودة هذه الخدمة, من العوامل الرئيسية في تحقيق رضا المرضى هو سهولة وإمكانية الوصول إلى الخدمة,

(1)- Claude VILCOT, Hervet LECLET, ***Op.Cit.***, P14.

(2)- Helena LEGIDO-QUIGLEY, Martin McKee, Ellen NOLTE, ***Quality of Health Care Across Borders,*** EHMA Annual Conference Barcelona 29th June - 1st July, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2005, p3.

(3)- طلال بن عايد الأحمدي, ***إدارة الرعاية الصحية***, مكتبة الملك فهد الوطنية, 2004, ص126.

(4)- Task Force report, ***The Reorganization of the Health Care System and the Quality of Medical Services,*** Collège des Médecins du Quebec, November 1998, p6.

وذلك من حيث الوقت, المكان والسعر المقبول, وعلى الأطباء والمسيرين أن يأخذو ذلك بعين الاعتبار, إن المريض يحتاج إلى أن يشعر أن طبيبه المعالج يحترم النظام, ويفعل كل ما بوسعه ليوفر له الراحة, يساعد في شفائه ويقدم الأجوبة عن استفساراته حول حالته الصحية, وفي الأخير دور ومكانة العائلة في العملية العلاجية يمكن أن يكون عامل مهم في تقييم جودة الخدمة الصحية ;

- **الجودة من وجهة نظر الأطباء:** العامل الأساسي الذي يأخذه مهنييو الصحة بعين الاعتبار هو قدرة نظام الرعاية الصحية على الاستجابة أولا لمتطلبات المرضى, حيث أن مستوى تطلعاتهم يفيد في كونه منبها مستمرا للمهنيين حول مسؤولياتهم وواجباتهم, ومن جهة أخرى يحثهم على تقديم الأفضل لمرضاهم, وتوفير المعلومات المناسبة لهم حول وضعيتهم وكل ما له علاقة بحالتهم الصحية ;

- **الجودة من وجهة نظر الإداريين والمسيرين:** وجهة النظر هذه هي أساسا واسعة النطاق, فهي تتضمن احتياجات المرضى كوحدة متكاملة وليس كأفراد, والإداري أو المسير يعتبر بعيدا عن المريض وبالتالي غير قادر على المعرفة الدقيقة بحالته, وما يمكنه أن يطلع عليه بدقة هو المعلومات الإدارية والمحاسبية, وهو يرى الجودة من منطلق الأداء الحسن لمختلف هياكل المؤسسة الصحية, تحقيق الأهداف بأقل الموارد والتكاليف وبلوغ الأهداف والغايات الموضوعة سلفا, حيث أن مبدأ الامتياز بالنسبة لمهنيي الخدمات الصحية هو التحكم في المهام التقنية العلاجية, أما بالنسبة للفريق الإداري فإن الجودة تعني مدى مطابقة معايير الأمن أو القواعد الداخلية.

هذا التباين يوضح اختلاف مستويات إدراك للخدمة المقدمة, انطلاقا من قاعدة حلقات الجودة (انظر الشكل رقم06) وهي:(1)

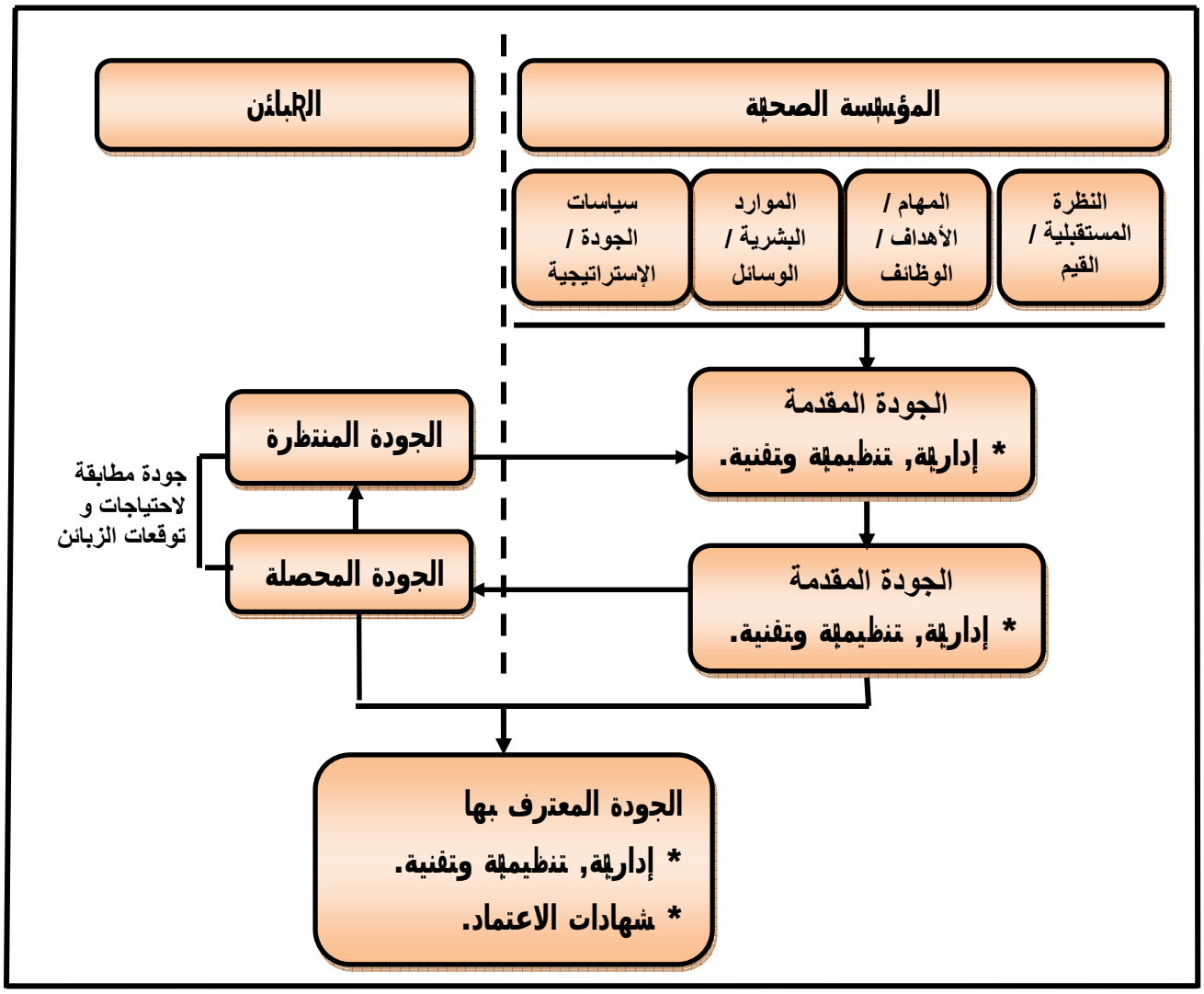
- **الجودة المتوقعة:** تعبّر على مستوى الجودة الذي ترغب المؤسسة الصحيّة في الوصول إليه عبر وسائلها المتاحة, أخذا بعين الاعتبار الصعوبات الداخليّة والخارجيّة التي تواجهها واحتياجات زبائنها وتطلعاتهم.
- **الجودة المقدّمة:** تعبّر عن مستوى الجودة المحقّق فعلا من طرف المؤسّسة, في ظل الشروط الطبيعيّة للعمل.
- **الجودة المحصّلة:** تعبّر عن مستوى الجودة المدركة من قبل الزبون انطلاقا من رغباته الخاصة, ويجب على المؤسسّة أن تقيّم باستمرار درجة رضاه, لما لذلك من أهميّة رئيسيّة في المجال الصحي, باعتبار أن رأيه حول نوعيّة الخدمة التي تلقاها يمثّل محدّدا مهمّا لحالته الصحيّة وطريقة التكفل بمرضه, وتحتل الجودة المدركة مكانة أكثر أهمية من تلك المقدمة من ناحية رضا الزبون.

(1)- Claude VILCOT, Hervet LECLET, ***Op.Cit***, P19.

- **الجودة المنتظرة:** تعبّر عن مستوى الجودة المرغوبة من قبل الزبون, من خلال مفهومه الخاص (النظافة, حسن الاستقبال, المهنيّة,...). ويتم الوصول إليها من خلال تحديد الشروط اللازمة لتحقيقها اعتمادا على معايير المريض واهتماماته.

وفي الحالة المثلى لسير واشتغال المؤسّسة الصحيّة تصبح الجودة المحصلة هي ذاتها المنتظرة, والجودة المقدمة هي نفسها المتوقعة.

الشكل رقم (6): تطبيق حلقات الجودة على المؤسسة الصحيّة



Source : Claude VILCOT, Hervet LECLET, *Op.Cit.*, P14

في ضوء العناصر السابقة لجودة الرعاية الصحية فإنه يمكن النظر إليها من ثلاثة جوانب هي:

❶ - التعريف المطلق لجودة الرعاية الصحية, ويركز على الجانب التقني والفني للرعاية الطبية للحصول على أفضل توازن بين المنافع الصحية للمريض دون التعرض لمخاطر ;

❷ - تعريف المريض المستفيد من الخدمة, ويتعلق بمدى تلبية احتياجات وتوقعات المرضى سواء من الناحية الطبية أو من النواحي الاجتماعية والنفسية والمعاشية ;

❸ - تعريف المجتمع لجودة الرعاية الصحية من حيث توفير العدالة والكفاءة والفعالية في تقديمها لمختلف فئات المجتمع.

وإذا نظرنا إلى الجودة – جودة الخدمة الصحية بصفة خاصة - على أنها نشاط متغير من ناحية عدم القدرة على صياغته وتصميمه مسبقا, وعلى أنها عبارة عن عملية تشكيل مستمر, فإن المستفيد من الخدمة يجب أن يلعب دورا ديناميكيا ويشارك في هذه العملية, وهذا ما يبرر ظهور الإنتاج بالمشاركة في سياسة المؤسسات الخدمية.

حسب رؤية ***Anne-Marie GALLET*** يمكن للمريض أن يلعب دورا استراتيجيا في شفائه, وبالتالي في عملية بناء الفعالية العلاجية, لذلك يجب على المرضى والمعالجين أن يسعوا سويا لإيجاد مجال للتعاون فيما بينهم, ودرجة مشاركة المريض في إنتاج علاجه ترتبط بعوامل كثيرة نذكر منها: درجة استقلاليته, سنه, وضعيته الاجتماعية, طبيعة المرض الذي يعاني منه, درجة تقنية العلاج(1).

إن التنوع المتزايد في طبيعة الزبائن وبالتالي في متطلباتهم المتنامية فيما يخص الجودة, أدى إلى حصول تحول معتبر في العلاقات التي تربط المؤسسات بطالبي خدماتها, واحتياجات هؤلاء ليست ذات طبيعة واحدة, وهي تتميز أكثر فأكثر بالتباين والتفرد والتغير المستمر, إن جودة الخدمات هي دائما جودة مستبقة ومحتملة, وأخذ المستفيد بعين الحسبان أصبح متغيرا أساسيا وضرورة منهجية لفهم الجودة, ليس فقط في عملية السعي لامتلاك هذه الأخيرة ولكن أيضا في كفاءة المؤسسة بشكل عام.

خصوصية الخدمة الصحية تفرض على الفريق المعالج أن يتعامل بطريقة خاصة مع كل حالة من الحالات, وبالتالي فإن العلاقة معالَج / معالِج لا يمكن أن تكون متشابهة في كل الوضعيات, أي أن مقدمي الخدمة عليهم أن يكيفوا استراتيجياتهم مع المرضى, إن الرؤية التقليدية لجودة الرعاية الصحية تتمثل في احترام الإجراءات الطبية المنهجية وتفادي الأخطاء التقنية, غير أن الجودة الصحية أصبح ينظر إليها على أنها التوافق الأمثل بين العرض الذي تقدمه المؤسسة واحتياجات زبائنها.

(1)- Andréas AGATHOGLEOUS, ***De la Prise en Compte de l'Usager à la Performance Globale***, Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, Octobre 1997, France, p26.

* انظر الملحق رقم 1.

3-1-3- مؤشرات جودة الخدمة الصحية*:

التزام المؤسسة الصحية بالجودة يظهر من خلال مجموعة من المؤشرات, تعبر عن مدى استيفاء الخدمات المقدمة لأسس الرعاية الصحية ذات النوعية العالية, والتي يتمثل أهمها: (1)

- **المساواة:** وتعني حصول جميع المرضى على نصيب عادل وقسط متساو من الرعاية الطبية وفقا لاحتياجاتهم وبغض النظر عن انتماءاتهم السياسية أو الدينية أو طبقاتهم الاجتماعية أو مراكزهم الوظيفية أو علاقاتهم الشخصية بمقدمي الخدمة أو المسئولين عنها ;
- **الفعالية:** ويقصد بها تحقيق الفائدة المرجوة من العناية الطبية سواء على مستوى المريض أو على مستوى المؤسسة أو على مستوى المجتمع ككل ;
- **الملاءمة:** وتعني ملاءمة الخدمة للغرض الذي تقدم من أجله, من حيث أسلوب وإجراءات التكفل بالمريض وتوافقها مع حالته الصحية وقدراته الجسمانية والذهنية ;
- **سهولة الحصول عليها:** ويقصد بذلك أن خدمات العناية الطبية يجب ألا تكون مقيدة بحدود زمانية أو مكانية معينة, بمعنى أن تقدم لمن يحتاج إليها وفي أي مكان يمكن أن تقدم فيه أو تتوافر فيه الإمكانيات اللازمة لتقديمها ;
- **القبول**: ويعني ذلك أن الرعاية الطبية المقدمة يجب أن تحض بقبول المرضى وذويهم ومقدمي الخدمة أنفسهم من أطباء وممرضين وفنيين وأفراد المجتمع بشكل عام, فالرعاية الطبية تقدم لإشباع الرغبات وتلبية التوقعات للجميع ;
- **الكفاءة**: وتعني التوازن في تخصيص الموارد المتاحة بين الخدمات المقدمة والمرضى المستفيدين منها دون أن تطغى خدمة أو مريض على الآخرين.

وقد حاول باحثون آخرون التفصيل في مؤشرات الجودة الصحية من خلال أدق تفاصيلها, بجعلها ترتبط بالإجراءات الاعتيادية والممارسات المهنية اليومية, وذلك وفق العناصر التالية:(2)

❶ - مناسبة وملاءمة العلاج والرعاية المقدمين ;

❷ - تحقيق أفضل النتائج السريرية ;

❸ - اعتماد الإجراءات السريرية المتميزة للتقليل من المضاعفات والأحداث التي يمكن تجنبها أو الوقاية منها ;

---

(1)- عبد العزيز مخيمر, محمد الطعامنة, ***مرجع سابق***, ص 188.

(2)- هيو كو ك , **إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها**, الترجمة طلال بن عايد الأحمدي, الإدارة العامة للطباعة والنشر, المملكة العربية السعودية, 2002, ص19.

❹ - تبني العاملين السلوكيات الإيجابية عند تعاملهم مع المرضى بشكل يحفظ لهم كرامتهم كأفراد ;

❺ - إيجاد بيئة تساعد على سلامة المريض وتجعله مطمئنا على سلامة الإجراءات المتخذة حيال وضعه الصحي ;

❻ - سرعة الاستجابة لندائه والتقليل ما أمكن من الأمور المزعجة له ;

❼ - إشراك المرضى في خطط الرعاية المرسومة لهم من قبل أطبائهم المعالجين ;

❽ - تحقيق الحد الأقصى من النتائج الإيجابية.

ويمكن النظر إلى الجودة من خلال توفر الجدارة, بمعنى الأهلية والكفاءة في تقديم الخدمة, أي اعتبار توفر المهارات والقدرات اللازمة لتأدية الخدمة مؤشرا على جودتها, إضافة إلى النوعية الجيدة للأشياء المادية والملموسة التي تقدم من خلالها الخدمة (المباني, المعدات, الأجهزة...)(1).

إن الأمر الذي يمنح فرصة أكبر لتحسين جودة الرعاية هو تفهم توقعات المرضى المستفيدين من الخدمات المقدمة, لذلك فإن تحديد المستفيدين أولا ثم الوقوف على تطلعاتهم حول حسن الرعاية الطبية وغير الطبية ثانيا, يعد أمرا حاسما عند تقدير جودة الرعاية الصحية, ومن بين الأمور الواجب أخذها بعين الاعتبار هي حقوق المستفيدين من خدمات المؤسسات الصحية أو ما يعرف بحقوق المرضى, والذي يعتبر احترامها مؤشرا دقيقا على الجودة, وتتمثل هذه الحقوق في:(2)

❶ - أن يتلقى المريض الرعاية الصحية على أساس احتياجاته الطبية بغض النظر عن مقدرته على الدفع ;

❷ - أن يكون مسجلا في العيادة الطبية العامة ;

❸ - أن يتلقى الرعاية الطبية في حالات الطوارϴ في أي وقت ;

❹ - أن يتم تحويله إلى طبيب استشاري عندما يرى الطبيب العام ضرورة لذلك ;

❺ - أن يعطى المريض تفسيرا واضحا حول أي علاج يقترح له بما في ذلك أي أخطار قد يتعرض لها نتيجة ذلك, إضافة إلى إعلامه ببدائل التدابير التي تتناسب وحالته الصحية من قبل الطبيب الذي سيعالجه أو أفراد الفريق الطبي المعالج ;

❻ - أن يتاح للمرضى الحصول على سجلاتهم الصحية عند الضرورة ;

❼ - أن يدرك المريض أن أولئك الذين يعملون في نظام الخدمة الصحية خاضعين للمسؤولية القانونية في حال عدم حفاظهم على سرية معلومات حالته المرضية ;

❽ - أن تعطى للمريض معلومات مفصلة عن الخدمات الصحية بما فيها مقاييس الجودة المتبعة فيها والحد الأقصى لأوقات الانتظار ;

---

(1)- كاسر نصر المنصور, ***ثقافة الخدمة- المرتكزات والأخلاقيات***, سوريا, بدون دار نشر, 2003, ص73.

(2)- هيو كوك , ***مرجع سابق***, ص26.

❾ - أن يكون للمريض الحق في حصوله على إذن لإدخاله المستشفى للعلاج عندما تستدعي حالته ذلك وفق تاريخ محدد يضعه طبيبه الاستشاري ;

❿ - أن يكون للمريض الحق في حالة وجود شكوى حول الخدمات المقدمة أن يتم إجراء تحقيق في شكواه وأن يتلقى إجابة سريعة حولها.

وقد وضعت المؤسسة العالمية للتخطيط العائلي ***International Planned Parenthood Foundation*** قائمة بحقوق المرضى التي يجب على المؤسسات الصحية احترامها وهي:(1)

❶ - استقبال محترم ;

❷ - احترام الحياة الخاصة والمعلومات الشخصية ;

❸ - الكفاءة المهنية لمقدمي الخدمات ;

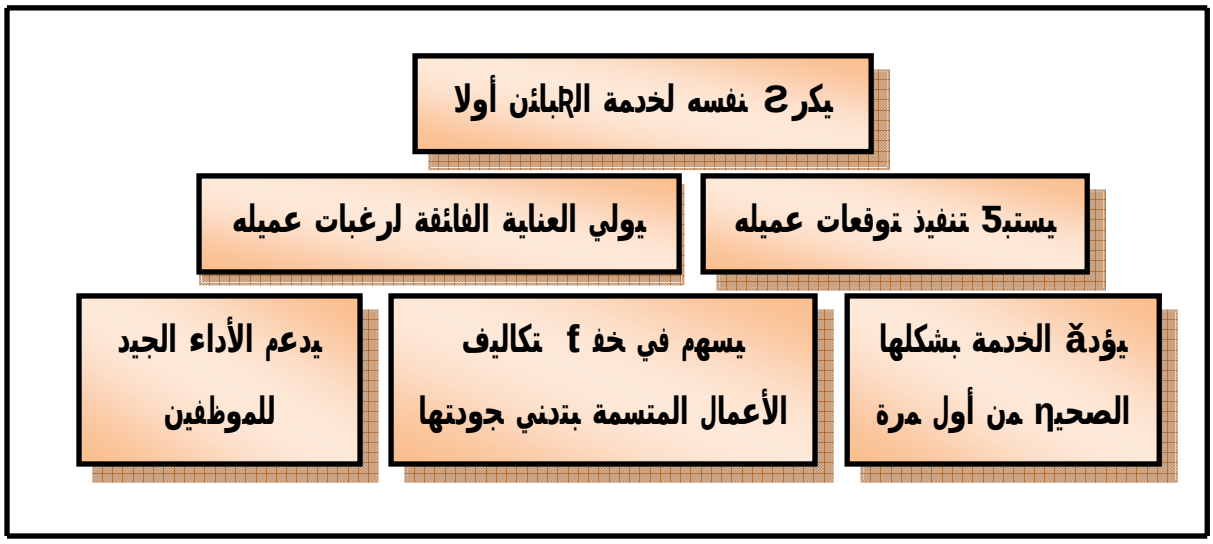
❹ - الحصول على المعلومات والنصائح ;

❺ - أوقات مناسبة لتقديم الخدمات وفترات انتظار مقبولة ;

❻ - ملاءمة تكاليف الخدمات.

من ناحية أخرى, تشير قراءة أدبيات تطبيق المؤشرات الأساسية للجودة ومضامين قيمها الجوهرية عبر الصناعات المختلفة إلى توافق نسبي بينها, وتظهر القيم الرئيسية التي يجب توفرها في العامل حتى يتمكن من تقديم منتج ذا جودة في الشكل التالي:

الشكل رقم (7): القيم الجوهرية للجودة.



المصدر: زايو كوΣ , *مرجع سابـ5*, ص57.

(1)- Liz.C.Creel, Justine C.Sass, Nancy V.Yinger, ***Op.Cit***, p 3

إن قيم الجودة الواجب توفرها في الأفراد بمختلف فئاتهم وانتماءاتهم, يجعل مؤشرات الجودة تختلف - كما هو مبين في الشكل التالي - حسب: (1)

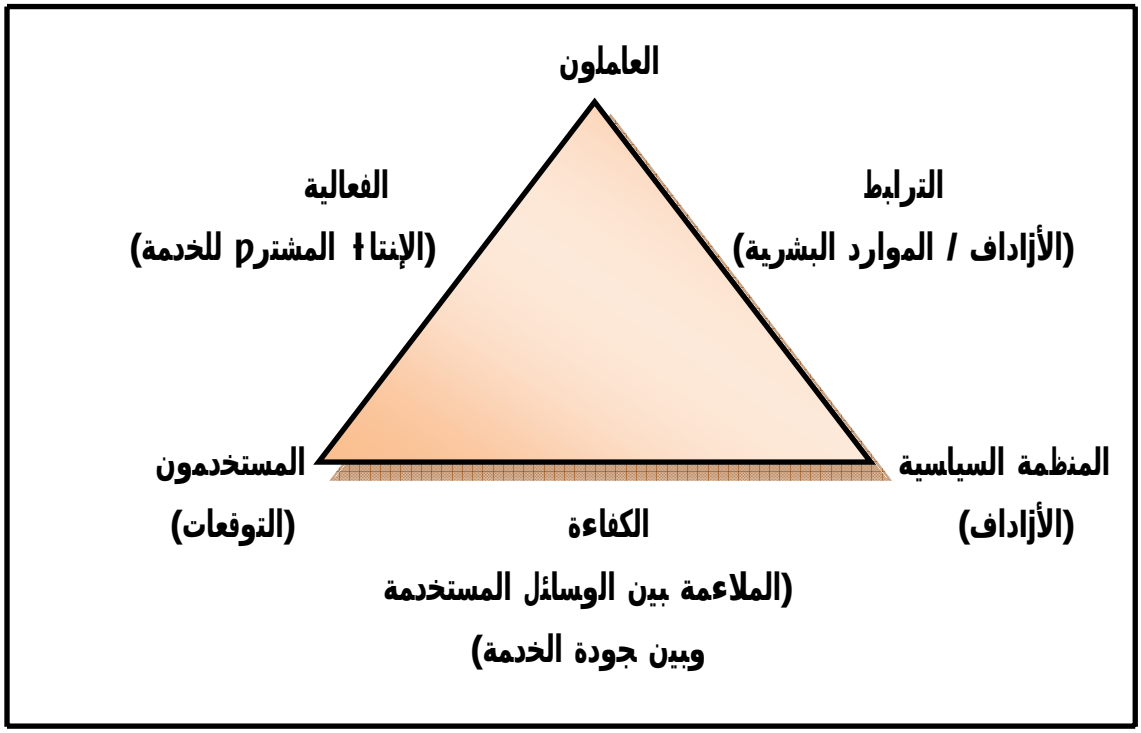
❶ - الفرد أو الجماعة المستهدفة التي تتلقى الخدمة ;

❷ - العامل الذي يتوقع تطويرا لمعارفه وتحسينا لشروط عمله ;

❸ - المؤسسة التي تتوقع استخداما أمثل للوسائل المتاحة ;

❹ - السلطات العمومية التي تنتظر نتائج قابلة للقياس.

الشكل رقم (8): جودة الخدمة.



Source : Andréas AGATHOGLEOUS, *Op.Cit*, p27.

هذه الوضعية تقتضي فهم الجودة وإدراكها بطريقة شاملة, حيث أن انسجام المجموعة وخاصة التكامل بين الوظيفة الأمامية والوظيفة الخلفية ***Front Office / Back Office*** يعتبر مهما وضروريا بالنسبة لجودة الخدمة, إن هذه الأخيرة ترتبط بمجموعة مهارات ترافق مختلف مراحل الإنتاج, ويحتاج كل جزء من التنظيم إلى تقاسم المعارف المتعلقة بالمستخدم والصعوبات التقنية أو التنظيمية, مما يسمح بالوصول إلى فعالية التسيير, من ناحية ثانية يؤثر الخلل الوظيفي في أي جزء على الجزء الآخر وبالتالي على الفعالية الكلية.

(1)- Andréas AGATHOGLEOUS, ***Op.Cit***, p27.

إن البحث عن الجودة يقتضي تطوير المؤهلات المهنية, وأن يحرص مقدمو الخدمة على التوفيق بين تنوع الاحتياجات وتعقد التنظيم الداخلي أو السياسة العمومية وهذا يتطلب تنمية ثلاثة أنواع من المهارات: (1)

❶ - مهارات تقنية تتعلق بالخدمة في حد ذاتها ;

❷ - مهارات تنظيمية تنتج عن تقاسم ودوران المعلومة والمعرفة ;

❸ - مهارات الاتصال والعلاقات التي تقوم على الفهم الدقيق لرغبات المستفيد وإيجاد التوافق بينها وبين الجوانب التقنية.

3- 3- تقييم جودة الخدمة الصحية:

في السنوات العشر الأخيرة, أصبح تحسين جودة العلاج نقطة جوهرية في الجهود الرامية إلى إصلاح النظم الصحية بشكل عام والنظام الاستشفائي بشكل خاص, وتم تبني العديد من الاستراتيجيات من قبل المؤسسات الصحية والمنظمات الحكومية وغير الحكومية في مجال تقييم الممارسات المهنية, وقامت منظمات تعنى بالجودة في الصحة بإرساء معايير ومقاييس يؤدي احترامها إلى ضمان المستوى المطلوب في الأداء والنتائج.

2-3-1- منظمات تقييم جودة الخدمة الصحية:

رغم صعوبة تنميط الخدمات الصحية, لم يمنع ذلك من ظهور منظمات الاعتماد والتقييم في المجال الصحي, التي حاولت إرساء الإجراءات العلاجية النموذجية والممارسات المهنية المثلى, والتي من خلالها حددت مختلف مفاهيم الجودة, حيث قامت العديد من المؤسسات بإعداد معايير لقياس جودة الخدمات الصحية, ومن أمثلة ذلك مجموعة معطيات ومعلومات المستخدم الصحي ***Health Employee Data and Information Suit - HEDIS*** في الولايات المتحدة الأمريكية المؤلفة من 50 مقياسا, إضافة إلى قائمة مؤشرات الأصحاء 2000-2010 الصادرة عن دائرة الصحة العمومية الأمريكية. أما على المستوى الدولي، فقد قامت منظمة الصحة العالمية بتنظيم عدد من الأنشطة المتعلقة بتقييم الجودة وقياس الأداء, ومن هذه الأنشطة لقاء تشاوري عقده المكتب الإقليمي لشرق المتوسط عام 1999 في قبرص, وقد شارك فيه ممثلون لعدد كبير من الدول الأعضاء والعديد من المؤسسات الرئيسية، وأوصوا بإيجاد آلية كفوءة تعنى بالجودة وقياس التحسن في الأداء في جميع المؤسسات الصحية.

(1)- Andréas AGATHOGLEOUS, ***Op.Cit***,, *p27.*

أن التقييم في المجال الصحي تطور عبر مراحل زمنية, تتالت لترسي تخصصا علميا جديدا يعنى بقياس الأنشطة الطبية والعلاجية وإخضاعها لمعايير الجودة والسلامة, ويعتبر ***Florence Nightingale*** أول من وضع إجراءات للتقييم في المجال الصحي وكان يهدف من وراء ذلك إلى تحسين معايير الخدمات العلاجية التمريضية ***Nursing Audit***, وحسب رؤيته فإن هدف الخدمات العلاجية التمريضية هو توفير الشروط المثلى للمريض كي تستطيع الطبيعة أن تشفيه, وفي سنة 1912 قام ***Goldman chirurgien*** الذي يعتبر رائد تقييم جودة العلاج بوضع المبادϴ الأساسية للتقييم الطبي في مجال العمليات الجراحية(1).

وتجدر الإشارة إلى أن التقييم في المؤسسات والنظم الصحية شهد بداياته الحقيقية في الولايات المتحدة الأمريكية, حيث قامت المنظمات الحكومية وغير الحكومية بإرساء المعايير الخاصة بقياس الجودة وضمانها في خدمات الرعاية الصحية, وفيما يلي أهم المحطات التاريخية لنشاط التقييم الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية والقارة الأوروبية.

1 - التقييم الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية:(2)

في سنة 1912, أظهر المعهد الأمريكي للجراحين ***American College of Surgeons*** قلقه من تزايد عدد العمليات الجراحية في المستشفيات التي تستقبل المتربصين, وكانت من بين توصيات مؤتمره الثالث وجوب تطوير نظام تقييم لتجهيزات النشاط الطبي بهدف تحسين جودة هذا الأخير, وكي يتلقى المرضى أحسن خدمة علاجية ممكنة, وفي سنة 1917 قام المعهد الأمريكي للجراحين بإصدار ملخص لمعايير التقييم يطالب المؤسسات الصحية بالتقييم الدوري لجودة ممارساتها المهنية المقدمة بالاهتمام بـ:

❶ - جودة الملف الطبي ;

❷ - جودة الخدمات المقدمة ;

❸ - الكفاءة المهنية.

في سنة 1918 تم إرساء برنامج لتوحيد المعايير في المستشفيات ***Hospital standardization program***, وانضمام المستشفيات إليه يكون اختياريا ويتم منح الاعتماد للمستشفى في حالة مطابقته للمعايير المحددة من قبل البرنامج, و في سنة 1945 كانت نسبة المستشفيات التي طابقت المعايير وتم اعتمادها هي 93.6 %.

(1)– Agence Nationale pour le Développement et la Recherche en Santé, ***Histoire de l'évaluation de la qualité des soins,*** **Laboratoire de la qualité des soins**, Université de Constantine, Algérie, p01.
(2) - ***Idem***, *pp2-8.*

وقد بلغ عدد المؤسسات التي انضمت إلى البرنامج سنة 1951 ثلاثة آلاف مؤسسة, إضافة إلى الكثير المؤسسات المهنية مثل الجمعية الطبية الأمريكية ***American Medical Association***. وتتمثل هذه المعايير في:

❶ - مفهوم فريق العمل ;

❷ - التكوين والشهادة ;

❸ - تنظيم فريق العمل (اجتماع شهري على الأقل موضوعه الممارسات المهنية والملف الطبي) ;

❹ -الملف الطبي ;

❺ - التجهيزات للتشخيصية والعلاجية الضرورية في المؤسسة.

فيما بعد قامت كل من جمعية المستشفيات الأمريكية ***American Hospitals Association*** والجمعية الطبية الكندية ***Canadian Medical Association*** والمعهد الأمريكي للجراحين ***American College of Surgeons*** بتأسيس لجنة اعتماد المستشفيات ***Joint Commission for Accreditation of Hospitals*** التي تعتبر أول مؤسسة مستقلة غير حكومية تعمل على منح الاعتماد للهياكل الصحية وبصفة خاصة المستشفيات, وتحولت فيما بعد إلى لجنة اعتماد منظمات الصحة ***Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations***, وأصبحت هذه المؤسسة مرادفة لجودة العلاج وهي تسهر خاصة على مطابقة الإجراءات للمعايير التي حددتها ووضعتها تحت تصرف المستشفيات. بالتوازي مع ***JCAHO*** ساهمت منظمات أخرى في تطوير تقييم الخدمات العلاجية يتدخل من السلطات العمومية, وكان هدفها مراقبة تكاليف العلاج الممول من قبل البرامج الفيدرالية الأمريكية, وقد اهتموا بجودة الخدمة الصحية لكن هدفهم الأول يبقى المراقبة المالية, ومن هذه المنظمات:

- **منظمة مراجعة المعايير المهنية *Professional Standard Review Organisation*:** هي عبارة عن مجموعة من المؤسسات تتكفل بمراقبة المعايير المهنية, أنشئت عام 1972 من خلال مبادرة للكونجرس الأمريكي, كان هدفها تخفيض تكاليف العلاج الممول من الأموال الفدرالية, ورغم مساهماتها في تحسين جودة العلاج إلا أن هذه المؤسسات علقت نشاطاتها عام 1981 بسبب ارتفاع نفقات التشغيل (مراقبة فترة الإقامة الاستشفائية, جودة الإجراءات) التي فاقت الاقتصاد في التكاليف.
- **منظمة مراجعة الرعاية الطبية التجريبية *Experimental Medical Care Review Organisation*:** تم تشكيل هذه المنظمة من طرف مجموعة من الأطباء كانت غايتهم مراقبة جودة الخدمات العلاجية الاستشفائية والمتنقلة الممولة من البرامج الفدرالية, وقد طورت الفكرة القائلة بأن برامج تحسين الجودة يجب أن تتم متابعتها على المستوى المحلي وتقتضي مجهودا كبيرا فيما يتعلق بتوعية المتمرسين.

2- التقييم الصحي في القارة الأوروبية: (1)

بالرغم من التطورات المتسارعة التي عرفها التقييم في المجال الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية, فإن القارة الأوروبية ظلت بعيدة عن هذا المجال بسبب عدم تقبل مهنيي الصحة ومقاومتهم المستمرة لوجود رقابة على الأنشطة العلاجية, بحجة أن ذلك يقيّد الممارسة المهنية ويضعها في إطار المنتجات الصناعية, غير أن منظمة الصحة العالمية طالبت دول الإتحاد الأوروبي بإنشاء البنى الأساسية للتحسين المستمر للخدمات الصحية قبل سنة 2000.

فيما تقدمت بعض الدول خطوات معتبرة في هذا المجال لا تزال أخرى في المراحل الأولى من اعتماد برامج الجودة في المجال الصحي, وهذا يفسر تأخر هذه الدول في تبني تقنيات تقييم الجودة العلاجية, لم يظهر التقييم الطبي في الدول الأوروبية إلا في السبعينات بنجاحات قليلة نوعا ما, بسبب رفض الجهات المعنية لتطوير تقنيات التسيير في المستشفيات, وانحصر الأمر في مجموعة من إجراءات الرقابة الداخلية المنتظمة في الوحدات العلاجية.

في بريطانيا, قامت منظمات تابعة للدولة بالمطالبة بتقارير سرية حول الأنشطة الطبية للمؤسسات الصحية التي تعاني من إختلالات وظيفية بدءا من سنة 1951, واستمرت هذه الوضعية حتى السبعينات أين تم تبني تقييم جودة العلاج من قبل المستشفيات الإنجليزية, وأصبحت الرقابة السريرية أداة من أدوات التسيير الداخلي للجودة.

أما في فرنسا تم إنشاء اللجنة الوطنية للتقييم الطبي ***Comité National pour l'Evaluation Médicale- CNEM*** والوكالة الوطنية لتطوير التقييم الطبي ***Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale –ANDEM*** سنة 1990, لكن عملها بقي متواضعا رغم مجهودات ***ANDEM*** ومطالب السلطات السياسية بتطوير التقييم الطبي, بسبب اعتبارها مبتدعة وخطرة على سير العمل الإستشفائي, بعد مرور ست سنوات على ظهور ***ANDEM*** أي في سنة 1996 تم إنشاء الوكالة الوطنية للاعتماد والتقييم في الصحة ***Agence Nationale D'Accréditation et d'Evaluation en Santé –ANAES*** التي تم من خلالها إلزام كل المؤسسات الصحية الفرنسية بالحصول على الاعتماد قبل سنة 2001, وحينها بدأت النقلة الحقيقية باتجاه تبني برامج تحسين الجودة.

(1) - Agence Nationale pour le Développement et la Recherche en Santé, *Op.Cit., p9.*

3-3-2- معايير تقييم جودة الخدمة الصحية:

يسعى الإنسان دوما إلى مقارنة جودة ما يقوم به بما يستعمل من وسائل وإمكانيات. هذا الانشغال إذا ما نقلناه إلى مجال إنتاج الخدمات العلاجية نجده يلخص فلسفة التقييم الصحي الذي تعتبر أهم تساؤلاته:

❶ - الوحدات العلاجية هل هي مطابقة للمعايير ؟

❷ - إجراءات العلاج المستعملة هل هي فعالة إذا أخذنا بعين الاعتبار المعارف العلمية والوسائل المعمول لها ؟

❸ - النتائج المحصل عليها هل هي الأفضل من حيث إرضاء المرضى خاصة فيما يتعلق بإجراءات العلاج المتبعة ؟

إن التباينات في تقديم الخدمة ناتجة عن تباين مؤهلات ومهارات الأفراد اللازمين لإنتاج الخدمة, وهنا تظهر صعوبة إرساء معايير خاصة بجودة الخدمة, لأنها تتوقف بالدرجة الأولى على القدرات الخاصة بالكادر البشري, فكيف يمكن تنميط اللباقة وحسن الاستقبال مثلا, إن السعي لإيجاد معايير لجودة الخدمة يخفض من خاصية التباين ولكن لا يلغيها نهائيا, فهي ترتبط بالزبون ومقدم الخدمة في الوقت نفسه, حيث أنها تتأتى من مؤهلات الكادر البشري, لكنها أيضا تتأثر بطبيعة العلاقة بين مقدم الخدمة وطالبها أثناء عملية الإنتاج.

وفي مجال الرعاية الصحية يرى المختصون في هذا المجال أن هناك عنصرين أساسيين تقاس بهما جودة الرعاية الطبية هما:(1)

- **العنصر التقني** ويتعلق بتطبيق المعارف والمعلومات والتقنيات الطبية وغيرها من العلوم في معالجة المشكلات الصحية, وتقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى القدرة على توفير أقصى حد من المنافع الصحية للمريض دون أن يؤدي ذلك إلى زيادة المخاطر التي يتعرض لها ;
- **العنصر الإنساني** ويتمثل في إدارة التفاعل الاجتماعي والنفسي بين مقدمي الخدمات الصحية والمرضى وفق القيم والقواعد الاجتماعية التي تحكم التفاعل بين الأفراد بشكل عام وفي مواقف المرض بشكل خاص, وتقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى تلبية مقدمي الخدمة الصحية لتوقعات واحتياجات المرضى, وأيضا من ناحية مستلزمات الراحة والمتعة في الإقامة مثل توافر غرف الانتظار المريحة, نظافة أماكن الإقامة, الغذاء الجيد, توافر خدمات الاتصال والترفيه, وغيرها باعتبارها مكملة لجوانب الاجتماعية والنفسية.

(1)- عبد العزيز مخيمر, محمد الطعامنة, **مرجع سابق,** ص186.

إن المجال الصحي يحتاج إلى تطوير أدوات وأساليب موجهة لتحسين جودة العلاج, وتعود أهمية ذلك إلى الفوارق والاختلافات الموجودة بين الممارسات المهنية, وكذلك الارتفاع المتزايد لتكاليف الخدمة الصحية.

ومن أهم الأساليب المعتمدة كمرجعية مهنية لقياس جودة الخدمة الصحية هي المراجعة السريرية ***Audit Clinique*** التي عرفتها الوكالة الوطنية لتطوير التقييم الطبي بفرنسا ***Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale*** على أنها: " أسلوب تقييم يسمح –بمساعدة معايير محددة- بمقارنة الممارسات العلاجية بمرجعيات معتمدة من أجل قياس جودة هذه الممارسات وجودة نتائجها بهدف تحسينها ". (1)

فيما ترى دراسات حديثة اعتمادا على مفاهيم الجودة في المجال الصناعي, أن إضافة العناصر التنظيمية لهذا الأسلوب الذي ركز على الممارسات المهنية فقط أمر ضروري, باعتبار أن هذه العناصر تؤثر على جودة العمليات بصفة عامة, الممارسة الطبية يجب أن تقيم بهدف اكتشاف انحرافاتها ثم القيام بالتصحيحات اللازمة, غير أن هذه الانحرافات تكون صعبة الملاحظة والتقييم يمكن أن يكون غير مباشر ويخص:

❶ - الإجراءات المعمول بها.

❷ - الممارسات في حد ذاتها إذا كان بالإمكان ملاحظتها.

❸ - نتائج هذه الممارسات.

التقييم يعني الحصول على المعطيات ومقارنتها بالوضعية المثلى بهدف اتخاذ قرار, هذه العناصر الثلاثة لا يمكن فصلها عن بعضها البعض, حيث أنه لا يمكن أن نقيم دون الحصول على المعطيات اللازمة, ولا دون تحديد دقيق للمرجع الذي سنقارن من خلاله هذه المعطيات مع الوضعية المثلى, كما أن الإجراء التقييمي يكون بدون جدوى إذا لم يؤدي إلى اتخاذ قرار, وطبيعة هذا الأخير ترتبط بنوعية المعطيات المستخدمة والمرجع المحدد للمقارنة.

إن ضمان جودة الخدمة الصحية المقدمة, تقوم على مراعاة الجانب التقييمي والرقابي والسهر على مقارنة النتائج بما كان متوقعا, وذلك وفق المراحل التالية:(2)

(1)- Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médical***, Op.Cit***, p13.
(2)-Charles HONNORAT, Jacques BOUGET*, La* ***Démarche Qualité en Médecine, Module "Apprentissage de l'exercice médical"****,* Faculté de Médecine de Rennes, 23 Février 2004.

❶ - القرار السريري يجب أن يعتمد على تحليل دقيق لحالة المريض, ووفقا لمعارف موضوعة بصرامة ;

❷ - يجب تقدير مزايا ومخاطر كل اختيار تشخيصي بالنسبة لكل مريض بأكثر دقة ممكن.

التقييم الفعال يقتضي تحقيق خمسة نقاط أساسية وهي:

❶ - تحديد المشكلة الواجب حلها بوضوح, بمعنى ترجمة الحاجة إلى المعلومة عبر أسئلة يمكن الإجابة عليها ;

❷ - إقامة مرجع توثيقي تكون مصادره الفحوصات السريرية والفحوصات المكملة أو مصادر أخرى, يؤدي إلى إيجاد الطرق الأكثر فعالية للبحث على الحقائق التي تسمح بالإجابة على الأسئلة ;

❸ - تحديد إمكانية تطبيق النتائج, بمعنى إخضاع الحقائق للتقييم, بهدف اختبار درجة دقتها وصحتها وإمكانية استعمالها ;

❹ - العمل بنتائج التقييم ;

❺ - التأكد من أن الممارسة الطبية الحقيقية مطابقة للمنهج النظري الموضوع.

إن تقييم جودة خدمات المؤسسات الصحية يستلزم أن يتم تحديد مستوى الجودة المرغوب مسبقا, وهذا ما يمكن التعبير عنه في شكل معايير يجب بلوغها والمحافظة عليها في إطار زمني محدد, يمكن للمعيار أن يعكس أهداف الجودة المثلى أو الأهداف التي يمكن تحقيقها في وضعية معينة ويمكن التعبير عنه بطريقة كمية أو نوعية, المعايير الكمية تدرس مستويات الجودة المعبر عنها في أرقام, المعايير النوعية وتصف مستويات الجودة من خلال رصد العناصر التي تعتبر شروطا للوصول إلى هذه المستويات, وقد يتم التعبير عنها في مؤشرات وصفية, كما يمكن للمعايير أن تصف جوانب عامة, مثل الجوانب التي تتعلق بكل المرضى, أو أن تصف جوانب خاصة بأمراض معينة تخص فئات محددة من المرضى.

قامت الوكالة الفرنسية للمعايير في تقريرها الذي يحمل عنوان ***نظام إدارة الجودة, المؤشرات ولوحة القيادة,*** بتعريف المعيار على أنه معلومة مختارة ومرتبطة بظاهرة معينة, موجهة لملاحظة تطوراتها مرحليا مقارنة بأهداف الجودة, وفي تقرير آخر يحمل عنوان ***منهجية تحديد وبناء معايير الجودة, إرساء ومتابعة معايير الجودة للمؤسسات الصحية*** عرفته على أنه معلومة مختارة مرتبطة بمعيار يسمح بقياس أو مقارنة تطور مستوى تحسين النتائج و/أو المسار العملياتي.(1)

(1)- Charles HONNORAT, Jacques BOUGET, ***Op.Cit***., P38.

يمكن التمييز بين المعايير التالية:(1)

- **معايير البنية:** تقيس الوسائل والموارد المستعملة من قبل نظام صحي معين, بهدف تقديم خدمة علاجية تستجيب للأهداف الموضوعة (عدد الأشخاص المؤهلين, عدد الغرف الفردية, عدد الأسرة ذات الارتفاع المتغير...).
- **معايير المسار العملياتي:** تقيس الأنشطة التي تسمح ببلوغ الأهداف.
- **معايير النتيجة:** تقيس مدى بلوغ الأهداف الموضوعة مسبقا.
- **معايير رضا المريض :** تقيس مستوى الجودة المدركة من قبل الزبون (المريض, المهني, المراقب, الممول, ...).
- **معايير الإنذار :** تشير إلى حادثة أو ظاهرة خاصة تحتاج إلى تحليل معمق للأسباب والتدخل التصحيحي السريع, ويمكن أن تكون مؤشرات بنية, مسار عملياتي أو نتيجة.

معايير التكامل الاجتماعي: تندرج ضمن فلسفة إدارة الجودة الشاملة, تقوم بقياس درجة ملائمة:

- مهام المؤسسة الصحية ودورها الاجتماعي.
- التزاماتها التعاقدية اتجاه الهيئات الوصية.
- مسؤولياتها الاجتماعية.
- الخدمات المقدمة للمجتمع.

تعتبر المسؤولية اتجاه المجتمع مفهوما رئيسيا للامتياز, فضلا عن كونها معيارا مدرجا ضمن مرجع التقييم الذي وضعته ***المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة*** ***European Foundation for Quality Management***. تهدف مؤشرات التكامل الاجتماعي إلى الإجابة على أسئلة من النوع:

- هل المؤسسة الصحية تقوم بدورها في التعليم والبحث بصورة جيدة ؟
- هل سياسة احترام البيئة المتبناة من قبل المؤسسة الصحية فعالة ؟
- هل الأنشطة العلاجية تتلاءم مع السياسة الوطنية وأهداف المنظومة الصحية ؟

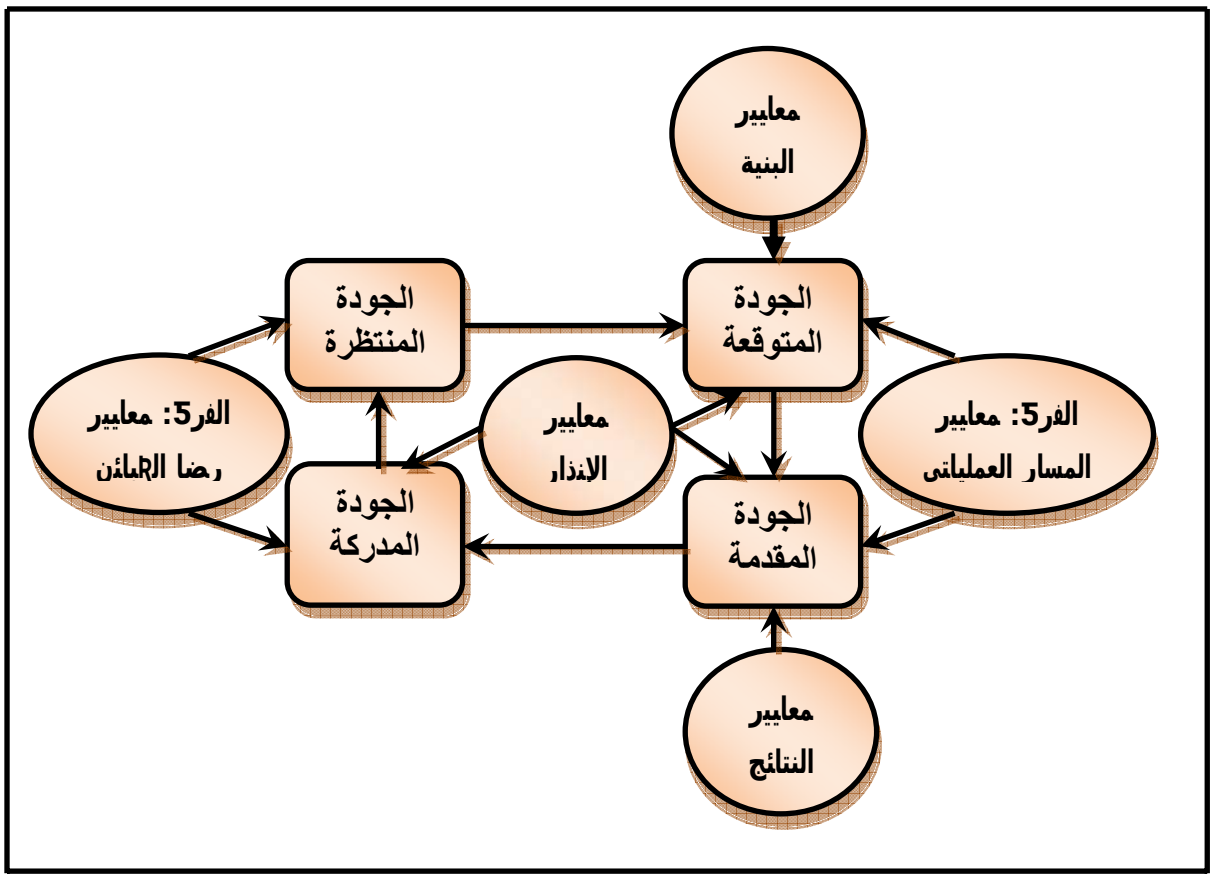
يقاس كل مستوى من مستويات الجودة بمعايير خاصة (انظر الشكل رقم 09):(2)

- الجودة المتوقعة تحتاج إلى معايير البنية, التي تتكون بصورة عامة من مستوى النتائج المقبولة وغير المقبولة المحددة سلفا.
- الجودة المقدمة تقاس بمعايير النتائج.
- الفرق بين الجودة المتوقعة والجودة المقدمة يقاس بمعايير المسار العملياتي.
- الفرق بين الجودة المنتظرة والجودة المدركة يقاس بمعايير رضا الزبائن.

(1)- Claude VILCOT, Hervet LECLET, ***Op.Cit.***, P40-43.
(2)- *Idem*, P48.

■ معايير الإنذار تعبر عن مستوى الأمان وتقيس الأحداث غير المقبولة المحددة مسبقا, والتي تعتبر ذات تأثير بالغ على الجودة المتوقعة, المقدمة أو المدركة, ويتم من خلالها التدخل الاستعجالي (للخروج من الوضعية الخطيرة و/أو/ غير المقبولة) والتصحيحي (للقضاء نهائيا على السبب وتجنب تكرره).

الشكل رقم (9): حلقات الجودة وموقِع المعايير.



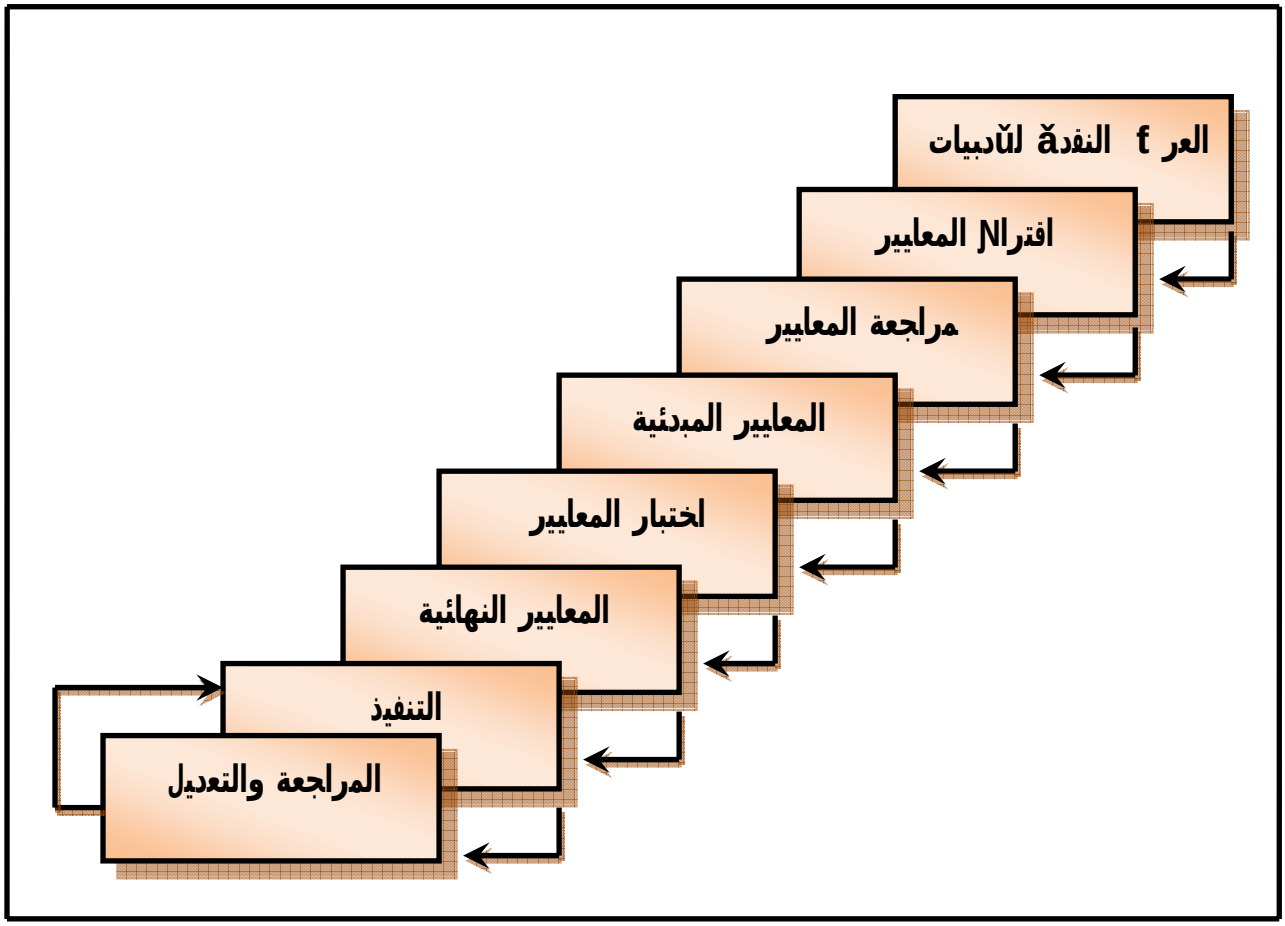
Claude VILCOT, Hervet LECLET, *Op.Cit.*, P50.

هناك العديد من برامج تطوير معايير الجودة في المجال الصحي, وقد تكون تابعة لمنظمات حكومية أو غير حكومية, تقوم بمنح الاعتماد والترخيص للمؤسسات الصحية وفقا لمدى التزامها بمقاييس معينة, يعتبر برنامج ***ALPHA*** لتطوير المعايير من أهم البرامج المعتمدة في هذا المجال, وقد تم إرساؤه من قبل المؤسسة العالمية للجودة في الرعاية الصحية ***International Society for Quality in Health Care-ISQUA***. (1)

(1)- Oliver Groene, Mila Garcia -Barbero, ***Health promotion in hospitals: Evidence and quality Management***, World Health Organisation, Europe, May 2005, p58.

إن برنامج *ALPHA* تم تطويره أساسا ليستخدم من قبل منظمات الاعتماد الدولية التي تقوم بالتقييم الخارجي لجودة خدمات الرعاية الصحية المرتكزة على المعايير, والشكل التالي يوضح خطوات عملية التطوير:

الشكل رقم (10): مبادQ *ALPHA* لتطوير المعايير.



Source: Oliver Groene, Mila Garcia -Barbero, *Op.Cit*., p56.

بصفة عامة, التطوير الكامل للمعايير هو عبارة عن عملية محددة التكاليف والزمن. المرحلة الأولى في عملية تطوير المعايير هي عرض الأدبيات العلمية ضمن حدود مجال معين واقتراح معايير مبدئية, بعد ذلك يجب أن تخضع هذه المعايير للفحص والاختبار ليتم إنتاج المعايير النهائية. من المهم ضبط وتعديل المعايير بشكل مستمر بهدف ضمان ملاءمتها وحداثتها. وقد قام ***Donabedian*** بتحديد نموذجين لتصميم معايير الجودة في المؤسسات الصحية: (1)

- **المعيار الوصفي:** يقيس بشكل مباشر وموضوعي ظاهرة ملموسة, ويمثل مرآة للواقع وانعكاسا له, مثل نسب الوفيات, درجة انتقال العدوى, عدد الولادات القيصرية, مدة الإقامة الاستشفائية وفترة الانتظار.

(1)- Claude VILCOT, Hervet LECLET, ***Op.Cit***, P42.

▪ **المعيار المركّب:** يقيس ظاهرة غير مادية, بتحويلها إلى ظاهرة قابلة للملاحظة من خلال بناء جانبها الملموس, ويتم إرساء هذا النوع من المعايير من خلال أدوات قياس نموذجية, تتكون من مجموعة أسئلة تتناول مختلف الجوانب غير الملموسة المرتبطة بالجودة. فإذا نظرنا لتعريف منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة على أنه إدراك الفرد لمكانه في الوجود, في السياق الثقافي وفي نظام القيم التي يعيش فيها وفقا لأهدافه, تطلعاته, معاييره و انشغالاته, نجد أنه مفهوم واسع يتأثر بالحالة الجسدية والنفسية للمريض, علاقاته الاجتماعية, وارتباطاته مع محيطه, ويصعب قياسه و تحديده الكلّي, فالاستقبال على سبيل المثال من معايير الجودة المهمة, لكنه غير قابل للقياس وفق أبعاد مادية اعتيادية, حيث لا توجد وحدة قياس عالمية له, فضلا عن كونه مفهوم شخصي يتغير حسب الأمكنة, فئات الزبائن, المؤسسات...الخ.

توجد أربعة جوانب مهمة يجب مراعاتها عند اتخاذ قرار بتطوير المعايير وهي:

❶ - الموارد المستخدمة والوقت المستهلك ;

❷ - إمكانية قبولها من طرف المنظمة ;

❸ - إمكانية المقارنة.

تتميز أنشطة المؤسسة الصحية بالتركيب ويصعب قياسها, ذلك يجب أن يملك المعيار المستخدم في القياس قيمة استعماليه ويقوم على مجموعة من الخصائص, حيث يجب أن يكون: (1)

▪ **ملائم, أن:**

* مكّيف مع موضوع القياس.

* يوفر معلومة دقيقة ومستقرة.

* يتجاوب مع التغييرات التي تطرأ على موضوع القياس.

* دقيق ويعكس التباينات.

▪ **عملي, أن:**

* يسهل إرساؤه واستعماله.

* مقبول من طرف مستخدميه.

* يمثل أداة فعالة للاتصال.

* يساعد على التحليل.

▪ **اقتصادي, أن:**

* يكون ذا مردود أي تكلفة استعماله تكون معقولة.

(1)- Claude VILCOT, Hervet LECLET, ***Op.Cit.***, P44.

خلاصة الفصل الأول:

يعود التسارع الذي شهدته مراحل تبلور فكرة جودة الخدمة الصحية في السنوات الأخيرة إلى الرغبة الحقيقة في الارتقاء بالمنتج الصحي, ومنح حظوظ أوفر للمريض في الحصول على علاج جيد. إن الأخطاء الطبية التي أودت بحياة الكثيرين وفوّتت فرصا للنجاة والاستمرار, تدفع نحو التفكير بخصوصية الخدمة التي تقدمها المؤسسة الصحية, وأنها أكثر من أي خدمة أخرى لا تحتمل التهاون واللامبالاة, وتحتاج إلى دقة أكبر في أدائها.

إن الحديث عن تنميط الخدمة الصحية وإخضاع الممارسة المهنية إلى معايير موضوعة مسبقا, يحتاج إلى النظر لتطلعات المرضى بخصوص نوعية الخدمة التي يرغبون في تلقيها, والأخذ بعين الاعتبار كل التطورات العلمية الجارية التي تتيح إمكانيات هائلة لتفادي حدوث الخلل والوصول إلى أساليب علاجية نموذجية.

إضافة إلى الجانب الإنساني الذي كان له الأثر البالغ في ترسيخ مفاهيم الجودة في المؤسسات والنظم الصحية, يظهر بقوة عامل التكاليف الملقاة على عاتق الميزانيات الصحية التي يتزايد استهلاكها للأموال بشكل مستمر, مع تطور الاحتياجات الصحية للسكان وانتشار الأمراض التي يحتاج علاجها إلى مخصصات مرتفعة. ومنه فإنه لا مجال إلا للعمل المتقن والصحيح من أول مرة, وحتى نتمكن من تفادي تكاليف اللاجودة لا بد من إخضاع المؤسسات إلى معايير صارمة يعاقب كل من يخالفها.

ويبقى أن يشعر المريض المستفيد من الخدمة الصحية, بضرورة حصوله على هذه الأخيرة وفق شروط سليمة وبأساليب معتمدة, ويعتبر هذا أكثر سهولة في الأوساط المثقفة التي تولي اهتماما لجودة الحياة, إضافة إلى مدى تحمل المنظومة الصحية لمسؤولياتها في الحفاظ على الصحة العمومية وترقيتها, دون أن نهمل مسؤولية المؤسسة الصحية في تقديم منتج صحي عالي الجودة يستجيب لتطلعات الزبائن ويلبي توقعاتهم.

إن إحداث تغيير في تعامل المؤسسة مع مختلف مواردها بما يتوافق مع التطور العلمي والتكنولوجي يحتاج إلى إعادة التفكير في أهدافها المرجوة والغايات التي تصبو إلى تحقيقها, المورد المعلوماتي الذي يتم إهماله في الكثير من المؤسسات, يعتبر أحد الركائز المهمة والحاسمة في طريق ترقية الخدمة الصحية, سنحاول من خلال الفصل التالي تناول الإطار النظري لنظام المعلومات ورصد تأثيراته على جودة المنتج الصحي.

الفصل الثاني: تأثير نظام المعلومات على جودة الخدمة الصحية

❶- نظام المعلومات.

❷- نظام المعلومات المؤسسة الصحية.

❸- دور نظام المعلومات في تحسين جودة الخدمة الصحية.

تمهيـــــــد

إن المعلومة في المؤسسة هي عامل أساسي للتقدم, لكونها وسيلة فعالة لرصد عملياتها وتسجيل أنشطتها المختلفة, إضافة إلى كونها أداة يستند عليها في اتخاذ القرارات وتحليل الوضعيات التي تمر بها وتقييم أدائها العام.

وفي المؤسسة الصحية يكون للمعلومة دور أكثر حساسية ودقة, لارتباطها بخدمة لها تأثير مباشر على حياة الأفراد, حيث يجب أن تكون معالجة بصفة دقيقة ومتوفرة في الوقت المناسب وبالكمية الملائمة, هذا ما يتم تحقيقه عبر امتلاك المؤسسة الصحية لأنظمة معلومات فعالة تمكنها من الوصول إلى خدمة صحية ذات نوعية عالية, لأن المعلومات سواء الطبية أو الإدارية تمثل موردا مهما على المؤسسة استغلاله في مسار جهودها التي ترمي إلى تحسين خدماتها وذلك عن طريق الكفاءة في الحصول عليها ومعالجتها ثم حسن توظيفها.

سنحاول من خلال مضمون هذا الفصل تحديد الإطار النظري لأنظمة المعلومات في المؤسسة الصحية بتناول مختلف المفاهيم ذات العلاقة, بدءا بتحديد المفاهيم الأساسية لأنظمة المعلومات بصفة عامة ثم التطرق إلى أنظمة المعلومات الخاصة بالمؤسسات الصحية, وصولا إلى تطبيقات هذه الأنظمة في المؤسسات الصحية, ثم نحاول رصد الدور الذي تلعبه إدارة المعلومة في تحسين جودة الخدمة الصحية.

1- مفاهيم أساسية حول نظام المعلومات:

إن عالم الأعمال في يومنا هذا يجمع على أن أنظمة المعلومات تشكل مكونة رئيسية في قيادة المؤسسات الحديثة, لذا وجب على كل مسير أن يمتلك مستوى عالي من الفهم والإدراك للرهانات المرتبطة بهذا النظام.

لكن ما الذي يقصد فعليا بمفهوم " نظام المعلومات " ؟ هل يراد من خلاله الإشارة إلى الإعلام الآلي في المؤسسة ؟ أو أن هذه المفردة تحمل مفهوما غنيا وأكثر تعقيدا ؟

سنحاول إلقاء الضوء على تطور مفهوم نظام المعلومات عبر المراحل التاريخية المتتابعة, ومكانته في المؤسسة, بعد عرض المفاهيم المبدئية الأساسية للنظام.

1-1- مدخل إلى النظم:

مدخل النظم هو الأسلوب الذي يستخدم لدراسة وحل مشاكل النظم, وطبقا لهذا المدخل يمكن لأي ظاهرة نعيشها أو نمارسها أن تتحول إلى نظام من خلال ربطها بشكل مدروس عبر مجموعة من الخطوات المتسلسلة لتؤدي وظيفة معينة (1).

(1)- كمال الدين الدهراوي, ***مدخل معاصر في نظم المعلومات المحاسبية***, دار الجامعة الجديدة, الإسكندرية, 2005, ص3.

وبالتالي فإن كلمة نظام يمكن أن تطلق على الكائنات الحية مثل الإنسان والحيوان والنبات, أو على الأشياء المادية مثل المباني والسيارات, أو الوحدات الاقتصادية مثل الشركات بمختلف أنواعها, فهناك الأنظمة السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية, وهناك أنظمة الاتصالات والتعليم والأنظمة القانونية والإدارية والرياضية, فالنظام لا يقتصر على ناحية محددة وإنما يمكن إطلاقه على أشكال مختلفة من نواحي الحياة.

1-1-1- تعريف النظام:

يعتبر ***P.Schoderbeck*** أول من استخدم مصطلح النظام على المستوى الأكاديمي عندما تناوله في خاتمة كتابه نظم الإدارة ***Management Systems*** الصادر سنة 1967, ثم أصبح يتداول كمصطلح علمي بعد سنة 1968 من خلال كتاب دراسة النظام ***The System Approach*** لكاتبه ***C.W.Chutchman***.(1)

يعرف النظام على أنه: " مجموعة من العناصر ضمن بنية منظمة تعمل معا لبلوغ أهداف معينة" (2), بينما يعرفه ***Rosnay*** على أنه: " مجموعة عناصر متبادلة ديناميكيا ومنظمة, وظيفتها بلوغ هدف معين ".(3)

يمكن تسجيل الملاحظات التالية بخصوص مفهوم النظام:

- يمكن أن يكون النظام مجزء إلى أنظمة فرعية, التي بدورها يمكن أن تكون مجزأة إلى أنظمة فرعية أخرى.
- بين هذه الأنظمة الفرعية ينشأ ما يسمى بحدود النظام, وتعريف النظام يتطلب تعريفا لحدوده, أي ما يعتبر تابع للنظام وما يعتبر تابع لمحيطه.
- مفهوم النظام يتضمن الرقابة من خلال ما يعرف بالتغذية العكسية.

(1)- Pascal Vidal, Philippe Planeix, ***Les systèmes d'information organisationnels***, Pearson Education France, Paris, 2005, p7.
(2)- Mohamed-Khireddine KHOLLADI, ***Cours des systèmes organisationnels***, Bahaeddine édition, 2004, p44.
(3)-Lisette CAZELLET, ***Réflexions sur l'impact de l'utilisation des NTIC dans un dispositif expérimental de formation auprès de professionnels de santé,*** Mémoire de DESS, Université de Provence AIX–MARSEILLE1, Année Universitaire 2002-2003, p9.

تتعلق استجابة النظام بوضعيته وبطبيعة مدخلاته, وهذه الاستجابة تتطور عبر الزمن(1), لذلك فإن فعالية النظام وقدرته على التكيف تتوقف على مجموعة من العوامل نذكر منها:(2)

❶ - **البيئة الداخلية للنظام:** وهي العناصر, العوامل, العلاقات والنشاطات الملموسة وغير الملموسة التي يتعامل معها النظام وتكون ضمن سيطرته وتصرفاته, وهي تمثل الحد الذي يفصل بيئته الداخلية عن البيئة الخارجية.

❷ - **البيئة الخارجية للنظام:** وهي جميع العوامل التي يتأثر بها النظام من ناحية وغالبا ما تكون خارج سيطرته, وبالتالي فهي تمثل إمكانيات صعبة له كونها غير متوفرة ومتاحة دوما, والعوامل التي يؤثر فيها من خلال مخرجاته من ناحية أخرى.

❸ - **قنوات الاتصال:** تتحدد إمكانيات النظام من خلال تعدد وتنوع قنوات الاتصال بين عناصره, وانسيابية المعلومات بشكل بسيط ومنظم بينها, مما يؤدي إلى السرعة والسلامة في الحصول على المخرجات المطلوبة.

❹ - **فعالية العمليات:** كلما كانت عملية المعالجة لعناصر النظام وعملياته التحويلية كفؤة وفعالة ومنظمة كلما كان النظام ناجحا, وكلما تم توجيه عملياته بدقة كلما استطاع تقديم مخرجات مفيدة وبالصورة المطلوبة وحسب الحاجة.

1-1-2- خصائص النظام:

يعتبر التنظيم أحد الخصائص الهامة للنظم حيث يمكنها من القيام بوظائفها الثلاثة المتمثلة في الاختيار (اختيار طبيعة المدخلات من بين عدة بدائل), العلاقات (العمليات التشغيلية) والرقابة (التأكد من مطابقة عمليات النظام لما هو مخطط).

إضافة إلى ذلك يتميز النظام بالخصائص التالية:(3)

- إن النظام في حالة حركة دائمة, حيث يحصل على المدخلات ثم يقوم بعمليات تحويلية وتصدير ناتج تلك العمليات إلى البيئة في صورة مخرجات ثم يستخدم عوائد هذه الأخيرة في الحصول على مدخلات جديدة وهكذا.
- النظام لها دورة حياة أي أنها معرضة للفناء والذي يتم بشكل تدريجي لذلك فإنها تحتاج إلى محفزات لمقاومة حالة الفناء.

---

(1)-Jean-Marie RENARD, ***Le Système d'Information Hospitalier,*** Cours de PCEM2, Faculté de médecine de Lille, Octobre 2003, p4.

(2)- إيمان فاضل السامرائي, هيثم محمد الزغبي, ***نظم المعلومات الإدارية***, دار صفاء للنشر والتوزيع, عمان, 2004, ص32.

(3)- أحمد فوزي ملوخية, ***نظم المعلومات الإدارية***, حورسة الدولية للنشر والتوزيع, الاسكندرية, 2006, ص32.

- إن النظم تبقى في حالة استقرار طالما أن البيئة مستمرة في مدها بالقوة الدافعة اللازمة لنشاطها وحركتها وفي نفس الوقت تخرج النظم للبيئة مخرجات بمعدلات منتظمة.
- النظم تتكيف مع تغيرات بيئتها, حيث تتخذ إجراءات وردود أفعال من شأنها مقابلة تلك التغيرات بهدف تحقيق التوازن بين النظام والبيئة.
- يتجه النظام نحو التمايز الداخلي وهو ما يعني أن الأجزاء التي يتكون منها تتمايز نتيجة لتخصص كل جزء في أداء وظيفة معينة داخله, تؤدي زيادة هذا التمايز إلى تعقده, وهو ما يتطلب القيام بمجهودات تحقق الربط والتكامل بين أجزائه.
- النظم متداخلة, فعلى الرغم من أنها تتكون من عدة نظم فرعية إلا أن هذه الأخيرة ترتبط وتتكامل مع بعضها البعض.

1-1-3- أنواع النظم:

تباينت تصنيفات الباحثين في مجال النظم حول أنواعها, فهناك من يصنفها إلى نظم طبيعية (النظام الشمسي) ونظم صناعية (المؤسسات الاقتصادية), وهناك من صنفها حسب درجة تعقد تركيبها إلى نظم معقدة ونظم بسيطة, غير أن التصنيف الأكثر تداولا هو تصنيفها إلى نظم مغلقة ونظم مفتوحة:(1)

❶ - **النظم المغلقة:** يعتبر النظام مغلقا إذا كان معزولا تماما عن البيئة المحيطة به, أي عدم وجود روابط خارجية بينه وبين أنظمة البيئة الخارجية, ومن ثم لا يكون له أي تأثير خارج حدوده, فضلا عن ذلك فإن البيئة الخارجية تكون عديمة التأثير على النظام وإجراءات تشغيله, ويعتبر النظام المغلق حالة نظرية أكثر منها عملية, ذلك لأن جميع النظم تتفاعل عادة مع محيطها بصورة ما.

❷ - **النظم المفتوحة:** يعتبر النظام مفتوحا إذا كان هناك تأثير للبيئة المحيطة عليه, ومن ثم فإنه علاوة على وجود مدخلات يحصل عليها النظام من البيئة ومخرجات منه النظام إليها, فإن إجراءات تشغيله تتعرض للتأثير ويمكن للنظام المفتوح جيد التصميم خفض الآثار السلبية الناجمة عن متغيرات البيئة المحيطة به ولتحقيق ذلك يعمد مصممو النظم إلى محاولة التنبؤ بالمتغيرات البيئية ذات التأثير على النظام.

(1)- Mohamed-Khireddine KHOLLADI, ***Op.Cit***, p45.

1-1-4- عناصر النظام:

يتكون النظام حسب التحليل الوظيفي من العناصر الأساسية الضرورية لأداء وظائفه والتي تتمثل في: (1)

- **المدخلات:** هي مجموعة العناصر التي يتكون منها النظام ويعتمد عليها بشكل أساسي, وتتعدد وتتنوع على ضوء الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها فقد تكون بيانات, مواد خام, رأس مال, موارد بشرية,....الخ.
- **العمليات:** هي آليات العمل الدقيقة التي تحكم التفاعلات الداخلية المنتظمة لعناصر النظام وهي جميع العلاقات المبرمجة والأنشطة التحويلية التي تقوم بمعالجة المدخلات وتحويلها إلى مخرجات بحيث يكون إنجازها مرتبط بتحقيق أهداف محددة.
- **المخرجات:** هي منتجات النظام أو مخرجات الأنشطة والعمليات التحويلية وتقدم للمستفيدين على شكل منتجات جاهزة للاستخدام مثل السلع النهائية, المعلومات المفيدة, الخدمات المطلوبة, ...الخ, والتي بدورها تشبع حاجات ورغبات المستفيد وتحقق الأهداف المسطرة.
- **التغذية العكسية:** وهي التغذية الرجعية أو تأثير البيئة الخارجية على النظام والتي تحدد مدى ملائمته, صلاحيته وكفاءته في تحقيق الأهداف المطلوبة وتلبية الحاجات للمستفيد من خلال تمرير الملاحظات عن أي قصور أو عيب في تطبيق النظام ليتم إصلاحها وتفادي حصولها مستقبلا.

1-2- ماهية نظام المعلومات:

تجدر الإشارة إلى أن نظام المعلومات محل الدراسة هو نظام المعلومات المرتكز على تقنيات الإعلام الآلي وتكنولوجيا الإعلام والاتصال, ذلك لكون الحديث عن نظام معلومات يدوي في ظل التطور التكنولوجي الذي يشهده العالم لن يلبي أهداف الدراسة التي ترمي إلى معرفة تأثير هذه الأنظمة على تحسين جودة الخدمات الصحية.

واستندنا في ذلك إلى اتجاه الكثير من الباحثين المعاصرين إلى إعادة تعريف نظام المعلومات بما يتطابق مع التطور التقني والمعرفي, حيث عرفه ***H. Lesca*** على أنه: "المجموع المترابط من الأشخاص, البنى التنظيمية, تكنولوجيا المعلومات والاتصال, الإجراءات, والأساليب التي تسمح للمؤسسة بالحصول على المعلومات التي تحتاجها في الوقت المناسب ".(2)

(1)- إيمان فاضل السامرائي, هيثم محمد الزغبي, مرجع سابق, ص32.

(2)-Cécile ROMEYER, ***Modélisation par les processus : une méthode préalable indispensable à la mise en œuvre d'un système d'information communicant centré sur le patient***, Centre de recherche en sciences de gestion, Université Jean Monnet de Saint-Etienne, France, 2004, P1.

كما يرى ***Gilles ST-AMANT*** أن أنظمة المعلومات الرسمية في المؤسسة هي تلك المؤتمتة لأنها تقوم على تحديد دقيق للمعطيات, أما أنظمة المعلومات غير المؤتمتة (اليدوية) تمثل أنظمة غير رسمية تتوقف على تصرفات الكادر البشري, مستندا في ذلك على تعريف ***Alter*** الذي يرى أنها: "أنظمة تستخدم تكنولوجيا المعلومات في تحصيل, نقل, تخزين, معالجة ونشر المعلومة المستخدمة في عملية التسيير ". (1) كما عرفه ***Reix*** على أنه: " مجموع الوسائل البشرية, المادية والبرمجية التي تسمح بتحصيل, معالجة, تخزين ونشر المعلومات ". (2)

والتكنولوجيا حسب ***Larousse 2004*** هي: " وسائل مادية وتنظيمات بنيوية تستخدم الاكتشافات والتطبيقات العلمية الأكثر حداثة ".(3) وتتمثل عناصر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في: (4)

- **الموارد المادية:** تشمل مجموع الآلات (أجهزة الحاسوب بمختلف أنواعها), الملحقات (لوحة المفاتيح, الفأرة, الطابعة...), وسائل نقل المعلومة (أقراص مضغوطة, أقراص مرنة...).
- **الموارد البرمجية:** تشمل مجموعة البرامج (تعليمات المعالجة) التي تسمح باستخدام الموارد المادية للنظام.
- **موارد الشبكات والاتصالات عن بعد:** تتمثل في مجموع الموارد المادية المسيرة والمراقبة بدعم من برمجيات الاتصالات عن بعد, تسمح بنقل المعلومات من مكان إلى آخر عبر قنوات ودعائم خاصة (كوابل هاتفية...).

نجد أن مفهوم نظام المعلومات أخذ نصيبا كبيرا في كتابات المفكرين والمحللين في هذا المجال, وقد تعددت التعاريف التي تناولته, ولمقاربة أكثر دقة لهذا المفهوم نحاول الرجوع إلى أصول هذه الأنظمة تاريخيا.

1-2-1- نشأة وتطور أنظمة المعلومات:

يمكننا أن نرجع ظهور أنظمة المعلومات إلى اختراع الكتابة, وذلك حسب ما وضحه ***S.Amabile***: " إن حاجة الإنسان إلى تبادل وتخزين المعلومات تعود إلى بداياته الأولى ".(5)

(1)- Gilles ST-AMANT, ***La Gestion des Systèmes d'Information et de Communication***, Montréal, 2003, p547.
(2)- Pascal Vidal, Philippe Planeix, ***Op.Cit.***, p4.
(3)- Jérôme CLEMENT, ***De Nouvelles Technologies vers une Nouvelles Pédagog***ies, Diplôme Cadre de Santé, Institue de Formation des Cadres de Santé de la Région Rhône-Alpes, Lyon, Mai 2005, P9.
(4)- Gilles ST-AMANT, ***Op.Cit***, pp544-545.
(5)- Pascal Vidal, ***Op.Cit***, p6.

غير أن البداية الحقيقية لأنظمة المعلومات كانت من خلال أنظمة معلومات التسيير التي اتخذت من الفكر المحاسبي قاعدة لها, خاصة بعد أن أصبحت المحاسبة ترتكز على الوحدات الالكترونية للتسيير ***Ensembles électroniques de gestion*** التي سميت فيما بعد أي بأجهزة الحاسوب ثم بأجهزة الإعلام الآلي.

وفيما يلي أهم المحطات التاريخية التي مر بها نظام المعلومات:(1)

- **الخطوات الأولى لنظام المعلومات:** تعتبر سنة 1954 سنة محورية في تاريخ أنظمة المعلومات, حيث تم خلالها إدخال أول جهاز حاسوب في نظام تسيير المؤسسة من قبل شركة ***General Electric***, فكانت السنة الصفر بالنسبة لأنظمة المعلومات الحديثة, والتي سميت فيما بعد بأنظمة معلومات العمليات التي عرفت تحت اسم ***(Electronic Data Processing - EDP)*** أي المعالجة الآلية للمعطيات.
- **نشأة أنظمة المعلومات الإدارية:** في سنة 1960 كان مصطلح " نظام معلومات " غير معروف بعد, لكن الطلب المتزايد للمسيرين لدعم القرارات الذي ارتكز في بداية الأمر على بحوث العمليات وبعدها على الإعلام الآلي, أدى إلى ظهور أنظمة المعلومات الإدارية ***Management Information System – MIS*** التي كان هدفها توفير المعلومات لمتخذي القرار خلافا للمعالجة الآلية للمعطيات التي ركزت على أتمتة الإجراءات الإدارية الموجودة, ويعتبر كتاب ***أنظمة المعلومات الإدارية, بنية للتخطيط والتطور*** ***Management Information Systems, A Framework for Planning and Development*** للكاتب ***S.C.Blumenthal*** سنة 1969 النقلة الحقيقية نحو البحث في نظام المعلومات كمجال مستقل.
- **أنظمة المعلومات كمجال مستقل:** في سنوات 1980 اتجهت أنظمة المعلومات نحو الاستقلالية العلمية, وقامت الكثير من الجامعات بإنشاء أقسام متخصصة للبحث في أنظمة المعلومات الإدارية, وتم وضع برامج خاصة للتعليم العالي تقوم على إدراجها أكاديميا. وبدأ الحديث عن " مجتمع المعلومات " الذي تكون فيه المعلومة هي المورد الأساسي. غير أن الشيء الأهم الذي ميز الجهود العلمية في هذه المرحلة هو ما قام به ***C.Wiseman*** من إعطاء بعد استراتيجي لأنظمة المعلومات, حيث أكد أن المعلومة ليست فقط وسيلة أساسية لتحسين فعالية المؤسسات ولكنها تعتبر سلاح استراتيجي أساسي.

وتعتبر أنظمة المعلومات في وقتنا الحالي داعما أساسيا لأنشطة المؤسسة, ويرجع الفضل في ذلك إلى الاستفادة من التكنولوجيات الحديثة والتقنيات المتطورة التي أتاحت تطبيقات وبرمجيات تعيد تصميم الوظيفة وتؤسسها من جديد.

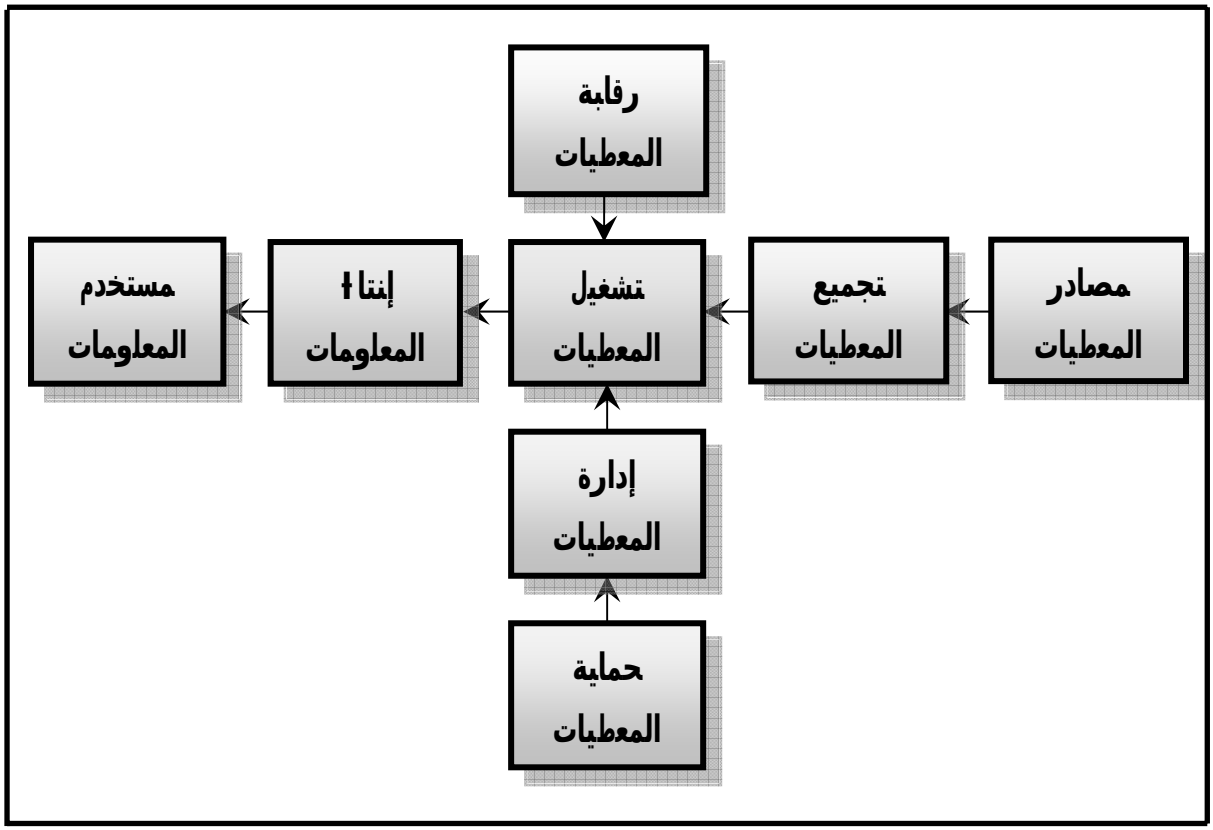
(2)- Pascal Vidal, ***Op.Cit***, pp6-20.

1-2-2- تعريف نظام المعلومات:

يعرف نظام المعلومات على أنه: " مجموعة من أساليب معالجة المعلومة والوسائل المادية والبشرية "(1), أي أنه: " مجموعة عناصر منظمة تسمح ببناء المعلومة, من خلال جمع, تصنيف وتحليل المعطيات, بهدف إنتاج المعلومات ونشرها حول ظاهرة معينة ".(2)

من خلال التعريف نلاحظ أن هناك فرقا بين المعلومة والمعطية, حيث تعرف المعطية على أنها فعل منفصل, خام, وتنتج عن ملاحظة أو اكتساب أو قياس بواسطة أداة طبيعية أو اصطناعية, أما المعلومة فهي مجموعة من المعطيات المنظمة بهدف تحرير رسالة, في شكل مرئي أو شفوي, كما قد يكون في شكل صورة أو كتابة(3), والشكل التالي يوضح كيف تتحول المعطيات إلى معلومات:

الشكل رقم (11): مراحل تحويل المعطيات إلى معلومات.



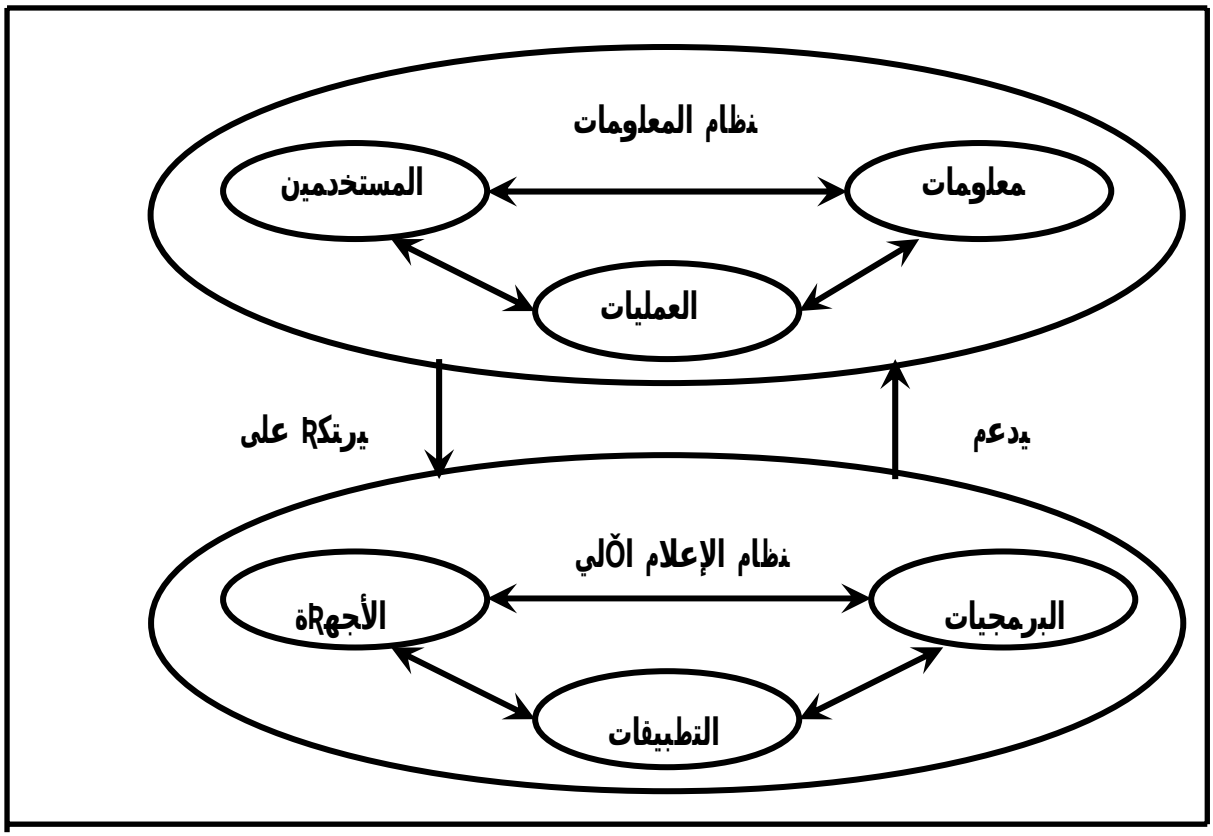
المصدر: السيد عبد المقصود ديبان, ناصر نور الدين عبد اللطيف, ***نظم المعلومات المحاسبية وتكنولوجيا المعلومات***, الدار الجامعية, الإسكندرية, 2004, ص20.

(1)- Jean LUC. CHARRON, ***Organisation et gestion de l'entreprise,*** DUNOD, Paris, 2001, p316.
(2)- Société Française de l'Economie de la Santé, ***Sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique*** (Assemblée Nationale), Paris, décembre 2004, p6.
(3)- Jean-Yves PRAX, ***Le Manuel du Knowledge Management- une approche de deuxième génération***, DUNOD, Paris, 2003, p60.

يمكن التمييز بين المعلومة والمعطية على أساس أن " المعلومة عبارة عن تعديل المعطية المبدئية بهدف إرسالها إلى المستخدم ".(1)

إن التعريف الدقيق لنظام المعلومات وإدراك مضامينه أمر ضروري لمسيري المؤسسات, فكثيرا ما يجري الخلط بين نظام المعلومات ونظام الإعلام الآلي, ما ينتج عنه عدم التفريق بين دور المسير ودور الخبير والمختص في الإعلام الآلي ***Informaticien***. تعني كلمة ***Informatique*** باللغة العربية الإعلام الآلي وهي عبارة عن مزيج من الكلمتين ***Information, Automatique*** أي الأتمتة والمعلومة على التوالي(2), أما نظام الإعلام الآلي فهو: "مجموعة منظمة من الوسائل التقنية (آلات, برمجيات, تطبيقات), يشكل البنية التحتية لنظام المعلومات "(3), والشكل التالي يوضح الفرق بين النظامين, حيث أن الإعلام الآلي يدعم وظائف نظام المعلومات من خلال البرمجيات والتطبيقات التي تسهل له القيام بجمع ومعالجة المعطيات وفق التقنيات التي يوفرها.

الشكل رقم (12): نظام المعلومات ونظام الإعلام الآلي.



Source : Chantal MORLEY, Jean HUGUES, Bernard LEBLANE, ***UML pour l'analyse d'un système d'information, le cahier des charges du maître d'ouvrage***, DUNOD, Paris, 2000, p6.

(1)- Jean-Marie RENARD, ***Op.Cit***, p5.
(2)-***Système d'information médical et hospitalier***, http://www.nelixa.com, le 22/06/2007.
(3)- Chantal MORLEY, Jean HUGUES, Bernard LEBLANE, ***Op.Cit***, p6.

1-2-3- أدوار نظام المعلومات:

تعبر أدوار نظام المعلومات عن وظائفه الداخلية, الممثلة في إجراءات تشغيله بدءا بالحصول على المعطيات وانتهاءا بنشر المعلومات المنتجة, وفيما يلي الأدوار الأربعة الرئيسية لنظام المعلومات:(1)

- **الاكتساب:** هو العملية التي يقوم من خلالها نظام المعلومات بجمع المعطيات, وتنظيم هذه العملية يرتبط باتساع ودرجة آلية وتقنية نظام المعلومات. التطور التكنولوجي يؤثر بصفة مهمة على أساليب الحصول على المعلومة, ويدفع نحو الاستغناء التدريجي عن الكتابة اليدوية كوسيلة للجمع والتحصيل, ويعد الانتقاء الجيد للمعطيات وبالكمية المناسبة دليلا على فعالية عملية الاكتساب.
- **التخزين:** هو العملية التي يحتفظ من خلالها نظام المعلومات بالمعطيات, حيث أن انتشار استخدامات أنظمة المعلومات منذ الخمسينات لم يكن ليتحقق لولا انخفاض تكلفة وحجم التخزين, عبر ما يسمى بمخازن المعلومات ***Datawarehouses*** التي تقوم بتخزين هائل للمعطيات الأولية.
- **المعالجة:** هي العملية التي من خلالها تتحول المعطيات المجمعة من قبل النظام إلى معلومات جديدة يمكن استخدامها في عدة استعمالات أخرى, والمعالجة هي وظيفة مركبة تشمل أوجه مختلفة: الحساب, المقارنة, التحويل...الخ. من النادر أن تخضع المعطية عند دخولها إلى معالجة واحدة, فالمعاملة التجارية التي تبدو من الأمور البسيطة, تقتضي في الواقع عدد معين من المعالجات التي تتابع تسلسليا, (مخرج إحداها يصبح مدخل التالية), ومنه فإن نظام المعلومات يشبه بظام الإنتاج الذي يحول المادة الأولية (المعطية) إلى منتوج نهائي (المعلومة).
- **الخروج:** بعد معالجة المعطيات يجب وضعها تحت تصرف المستعمل النهائي.

كما يمكن أن يظهر دور رقابة وحماية البيانات عندما تحدث أخطاء في تلك التي تدخل للتشغيل وقد تفقد هذه البيانات أو قد يتم التلاعب في السجلات وهكذا, ولذلك يجب حمايتها والتأكد من سلامتها وبالتالي دقة المعلومات.(2)

يغطي نظام المعلومات ثلاثة مجالات رئيسية في المؤسسات (انظر الجدول رقم3), وتعتبر متتالية من ناحية التطور التاريخي لاستعمالات أنظمة المعلومات, التي اهتمت في بادئ الأمر بأتمتة المهام العملياتية بهدف إلغاء أو تخفيض عدد الأنشطة الإدارية المتكررة, وظهرت فيما بعد تطبيقات خاصة بضمان أحسن تشغيل للأنشطة مثل تنظيم عملية التخزين والإنتاج. الاتجاه الحديث يرمي إلى تحسين المسار العملياتي حيث لم يبق الهدف هو أتمتة الوظائف الموجودة فقط, ولا حتى توفير معلومات (مستوى المخزون, وتيرة الإنتاج) تسمح بالتسيير الجيد للأنشطة, ولكن إعادة تصميم الأنشطة من خلال الاستفادة من المزايا التي توفرها التكنولوجيا.

(1)- Pascal Vidal, Philippe Planeix, ***Op.Cit***. p35.

(1)- محمد إسماعيل بلال, ***نظم المعلومات الإدارية***, دار الجامعة الجديدة, الإسكندرية, 2005, ص36.

الجدول رقم (3): أنواع تطبيقات نظام المعلومات.

أنواع نظام المعلومات	دور نظام المعلومات	أمثلة عن التطبيقات
نظام المعلومات العملياتي	▪ جمع, تخزين ومعالجة المعطيات اللازمة لإدارة الأنشطة. ▪ أتمتة وترشيد المسار العملياتي.	▪ إدارة المشتريات, المخزون, الإنتاج, المعطيات التقنية, الصيانة والدعم اللوجستي. ▪ المحاسبة العامة والتحليلية. متابعة الاستثمارات وأرقام المبيعات. ▪ إدارة الموارد البشرية.
نظام معلومات اتخاذ القرار	▪ توفير مؤشرات ملائمة تخص الأنشطة. ▪ توفير أدوات تحليل للفئات المختلفة للزبائن. ▪ تسيير المعرفة.	▪ ميزانيات, لوحات قيادة الأنشطة وإعداد التقارير. ▪ برمجيات خبيرة, إحصائيات. ▪ قواعد معلومات معرفية, المجتمع الافتراضي.
نظام معلومات الاتصال	▪ توفير المعلومات لعناصر المحيط الخارجي. ▪ تبادل المعلومات مع الشركاء (الممولون, الزبائن...).	▪ الرسائل الالكترونية, شبكة داخلية لتبادل المعلومات. ▪ شبكات خارجية لتبادل المعلومات , مواقع انترنت.

Marie – Hélène Delmond, Yves Petit, Jean – Michel Gautier, ***Management des Systèmes d'Information***, Dunod, Paris, 2003, P11.

1-2-4- فعالية نظام المعلومات:

إن الهدف الجوهري لنظام المعلومات هو القدرة على توفير المعلومات المناسبة في الوقت المناسب وللشخص المناسب, أو ما يسمى بمبدأ " R^3 " ***The Right Information at The Right Time to The Right Person.***

استنادا على ذلك فإن الفعالية الداخلية لنظام المعلومات ترتكز على أربعة خصائص أساسية:(1)

- **قدرته على الانتقاء:** أي القدرة على الفرز من بين مجموعات كبيرة من المعطيات ثم انتقاء تلك التي تعتبر مناسبة, ويمكننا ملاحظة أن عالمنا الحديث ازداد فيه حجم المعلومات بشكل كبير, وهنا تظهر فعالية وكفاءة نظام المعلومات في اختيار ما هو مهم من بين هذه المعطيات.
- **سرعة التحديد:** من الممكن أن يكون نظام المعلومات يتميز بالفعالية من حيث قدرته على الانتقاء, لكن القيام بذلك في مدة أطول من اللازم ينقص من هذه الفعالية, حيث يجب أن يتميز بالسرعة في تحديد المعطيات اللازمة لتكون في شكل مدخلات.
- **سرعة الاستجابة:** أي سرعة توظيف المعلومة بعد الحصول عليها, ويتعلق الأمر هنا بالمدة الفاصلة بين الحصول على المعلومة المناسبة وبين توظيفها في الاستعمالات المختلفة كاتخاذ القرارات على سبيل المثال, فكلما كان هذا الوقت متحكما فيه كلما دل ذلك على فعالية نظام المعلومات.
- **دقة التوظيف:** أي حسن استخدامها من خلال توفيرها للجهة التي تحتاجها.

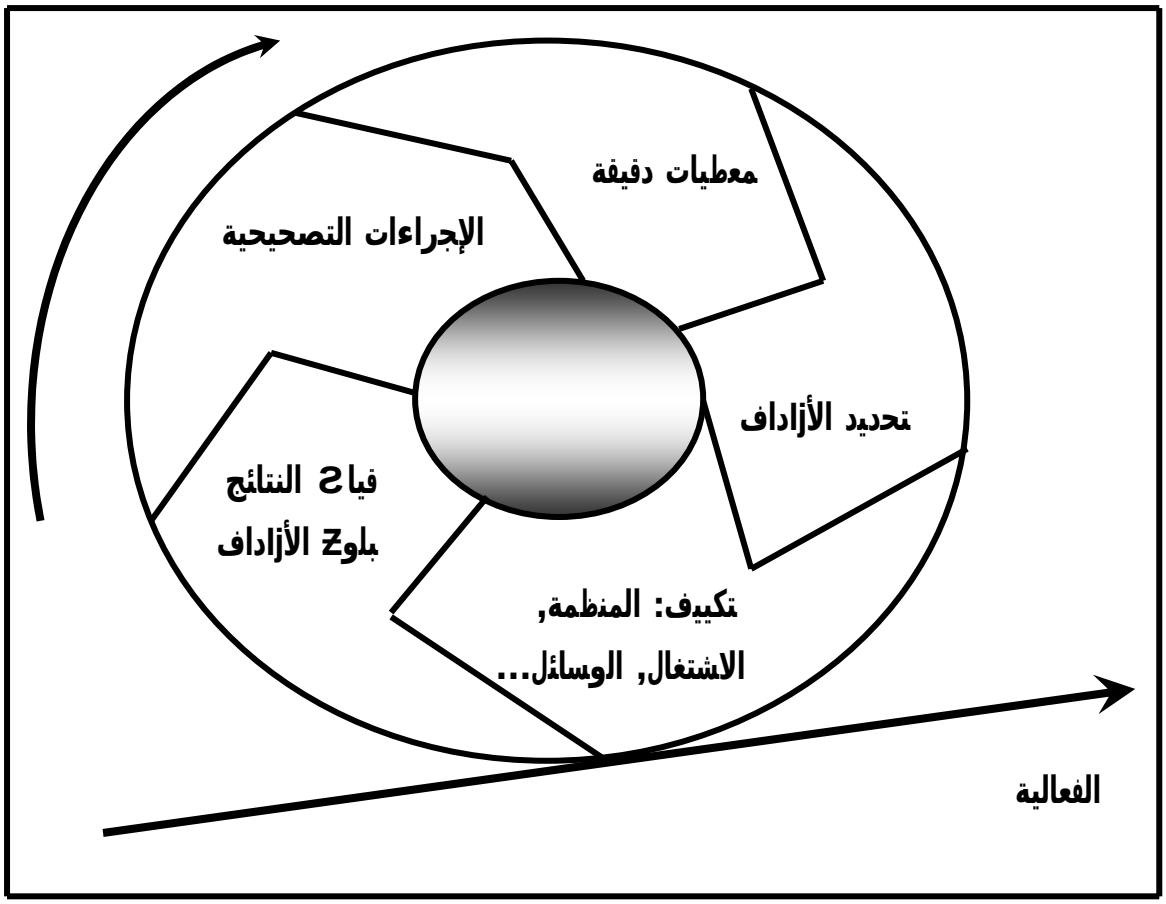
وقد اقترح كل من ***DeLone*** و ***McLean*** خمسة معايير لقياس فعالية نظام المعلومات وهي:(2)

- جودة النظام من حيث دقة إجراءاته التشغيلية (تحويل المعطيات إلى معلومات), وكفاءة تصميمه ومدى تكيفه مع احتياجات المنظمة.
- جودة المعلومة من حيث دقتها وصحتها ودرجة الموضوعية التي تتصف بها.
- الاستخدام الأمثل للمعلومة.
- رضا المستخدمين عن تلبية النظام لاحتياجاتهم بالطريقة المناسبة.
- التأثير على تنظيم العمل.

كما قام الباحثون بتطبيق مبدأ عجلة ***Deming*** على نظام المعلومات, حيث يوضح الشكل رقم 13 أن فعالية نظام المعلومات ترتبط بمدى جودة معطياته التي ستكون كمدخلات والتي بدورها تجعل الأهداف المتوقع تنفيذها من النظام محددة وواضحة, ثم تكييف هذا النظام مع المؤسسة التي يعمل بها وتوفير الوسائل المناسبة لاشتغاله, وتقوم المرحلة التالية على قياس إنجازات النظام ومقارنة ما حدد له من أهداف وما أنجز منها ليسهل فيما بعد القيام بالخطوات التصحيحية بعد اكتشاف مواطن الخلل التي يعاني منها.

(1)- Ablelhak Lamiri, ***Management de l'information: redressement et mise à niveau des entreprises,*** office des publications universitaires, Alger, 2002,p51.
(2)- Luc MATHIEU, Martin BUTEAU, ***L'évaluation des systèmes d'information à base de connaissances : le cas des systèmes d'information cliniques***, http://adm.usherb.ca, le 06/06/2007.

الشكل رقم (13): تطبيق عجلة *Deming* على نظام المعلومات



Source : Patrick EXPERT, ***Le système d'information peut-il favoriser la contractualisation ?,*** Centre Hospitalier de Blois, Texte de l'intervention du 9 janvier 2002, p6.

وتعتبر مخرجات النظام مؤشرا آخر على فعاليته, حيث تدل على حسن أدائه لأدواره والمعالجة السليمة لمدخلاته, وتتمثل خصائص المعلومات الجيدة (التي تمثل مخرجات نظام المعلومات) في:(1) الدقة, الصحة, ثقة المصدر, الملاءمة, المرونة, اقتصادية التكاليف ومقبولية الفهم.

1-3- مكانة نظام المعلومات في المؤسسة:

أصبحت أنظمة المعلومات ضرورة في المؤسسة, لكونها تمثل داعم حقيقي لأنشطتها من خلال توفير المعلومات اللازمة لاتخاذ مختلف القرارات وتحديد مؤشرات تقييمية, وكذا تسهيل أداء المهام واختصار الوقت والجهد والتكلفة.

ومع التطور الذي تشهده أنظمة المعلومات بفعل التكنولوجيات الحديثة وازدهار سوق البرمجيات الخاصة بتسيير مختلف الوظائف في المؤسسة, لم تعد أنظمة المعلومات تمثل داعما للنشاط فقط إنما عاملا استراتيجيا مهما, يؤدي استغلاله بنجاعة إلى تحسين الأداء العام للمؤسسة ككل.

(1)- نبيل محمد مرسي, ***التقنيات الحديثة للمعلومات***, دار الجامعة الجديدة, الإسكندرية, 2005, ص23.

يرى ***Berdugo*** أن هناك رؤى مختلفة للمعلومة وأهمية الدور الذي تلعبه, أهمها: (1)

▪ الكمية الكبيرة من المعلومات أدت إلى ظهور ما يسمى بعقيدة المعلومات, وهي أحد أسباب نشوء المجتمع المعلوماتي, فحسب ***Servan SCHREIBER*** كان شيء سيقوم على استغلال المعلومات كمصدر طاقة جديد يغير من طبيعة الصناعات الحالية, فيما يراها ***H.Simon*** الإشكالية الرئيسية في المجتمعات الصناعية الحديثة لأنها الداعم الرئيس لعملية اتخاذ القرار, وقد ذهب ***Weiner*** إلى أبعد من ذلك عندما قال أنه يمكن أن نتخيل العالم ككم هائل من المعلومات.

▪ المعلومة وسيلة ضرورية لبلوغ الأهداف التي تسطرها القيادة: الترشيد المالي, تحسين الجودة والتحكم في الوقت.

▪ المعلومة بناء ذاتي للواقع وصناعتها تكون نتيجة تحفيز وقرار شخصي, بالنظر إلى التحديات الراهنة والصعوبات الموجودة.

كي نتعرف على المكانة التي يشغلها نظام المعلومات في المؤسسة, نتناول إلى مدى الأهمية التي يشكلها, علاقته بمختلف وظائف تسييرها ثم تحديد بنيته الوظيفية.

1-3-1- أهمية نظام المعلومات في المؤسسة:

تتمثل أهمية نظام المعلومات في المؤسسة, في القيمة المضافة التي يحققها لها, والتي يمكن أن تأخذ ثلاثة أبعاد:(2)

▪ **بعد يعتمد على النظام:** ويتمثل في القيمة المضافة للمؤسسة بسبب خصائص النظام, ويمكن أن تنعكس هذه القيمة في بعض المقاييس كالدقة, الوقت اللازم للاستجابة, الوقت الضائع في الأعطال والتوقف, وقتية المعلومات والجودة في تشغيلها.

▪ **بعد يعتمد على المستخدم:** وتتمثل في القيمة المضافة للمؤسسة نتيجة للصفات التي يتمتع بها مستخدم النظام, وتشمل هذه الصفات كل ما هو متوافر لدى هذا الأخير وتمكنه من الاستخدام الكفء والفعال للنظام.

▪ **بعد يعتمد على المؤسسة:** تتمثل في القيمة المتوفرة لدى المؤسسة نتيجة لعوامل ترتبط بالوحدة ذاتها, مثل الارتباط بين نظام المعلومات وأهدافها, وهذه القيمة قد تنعكس على درجة تحقيق المؤسسة لأهدافها.

---

(1)- Alain BERDUGO, ***Le Maître d'Ouvrage du Système d'Information : Principes Managériaux en Action,*** Edition HERMES, Paris, 1997, P80

(2)- السيد عبد المقصود ديبان, ناصر نور الدين عبد اللطيف, **مرجع سابق**, ص33.

ولقد زادت الأهمية التي تشغلها المعلومات وأنظمة المعلومات في المؤسسة خلال السنوات الأخيرة, ويرجع ذلك إلى:(1)

❶- **متطلبات الجودة:** حيث لجأت الكثير من المؤسسات تحت الضغط التنافسي إلى التركيز على جودة منتجاتها وعملياتها, ولتحقيق ذلك سعت لامتلاك معلومات تساعدها في اتخاذ القرارات وتحليل وضعها التنافسي, وركزت جهودها على حسن إدارتها وتوظيفها.

❷- **البحث المستمر عن التجديد:** لضمان التطور أو البقاء, على المؤسسات أن تتبنى برامج للتحسين والتجديد, والمعلومة تفتح آفاقا واسعة للبحث الذي يهدف إلى ترقية وتطوير المنتجات و/أو/الخدمات. لذلك فإن حاجة المؤسسة للمعلومة لها ثلاثة مصادر أساسية, حيث يجب إنتاج المعلومات في أشكال معينة وفي أوقات محددة لتسهيل مختلف العمليات, التنسيق بين أفراد ووظائف المنظمة إضافة إلى كونها المادة الأولية لصنع القرار(2).

بينما أرجع ***François Jacob*** أسباب القيمة المتزايدة للمعلومات إلى كونها المصدر الأول للتخيل الذي بدونه لا يمكننا تصور ما ستؤول إليه المؤسسة بعد 10 سنوات مثلا, وأنها تعتبر اللبنة الأولى للوصول إلى الحقيقة(3).

1-3-2- علاقة نظام المعلومات بتسيير المؤسسة:

إن التطور التقني لأنظمة المعلومات, واتساع مكانتها في المؤسسات الحديثة, جعل لكل وظيفة من وظائف هذه الأخيرة نظام معلومات قائم بذاته في شكل أنظمة فرعية, وذلك بسبب انتشار البرمجيات الخاصة بالتسويق والإنتاج والمحاسبة, فضلا على علاقته بتسيير المؤسسة حيث تلعب المعلومات دورا رئيسيا في السير الحسن لوظائفه المختلفة, وذلك وفق العلاقات التالية:(4)

❶ - **علاقة نظام المعلومات بالتخطيط:** يعتمد التخطيط بشكل أساسي على توفر أكبر قدر من المعلومات الدقيقة التي تعكس مجموعة من الحقائق والأرقام والمؤشرات المستقبلية والتي تعتبر حجر الأساس في المؤسسة, ويمكن تقسيم المعلومات الضرورية التي تحتاجها عملية التخطيط إلى:

- **المعلومات الاستراتيجية** وهي المعلومات التي تتعلق بسياسات وأهداف المؤسسة على المدى الطويل لكافة وظائفها.

(1)- Chantal MORLEY, Jean HUGUES, Bernard LEBLANE, ***Op.Cit.***, p4.
(2)- Jean LUC. CHARRON, ***Op.Cit***, p310.
(3)- Alain BERDUGO, ***Op.Cit,*** p81.

(4).إيمان فاضل السامرائي, هيثم محمد الزغبي, **مرجع سابق**, ص22.

- **المعلومات التكتيكية** وهي تلك المعلومات التي تتعلق بكيفية إدارة وتنسيق خطط واستراتيجيات التمويل, الإنتاج, التسويق والقوى البشرية,...الخ.
- **المعلومات الفنية** وهي جميع المعلومات المتعلقة بطرق وإجراءات توزيع الواجبات على الأفراد وإنجاز المهام حسب القواعد والسياسات.
- **المعلومات التشغيلية** وهي المعلومات التي تتعلق بكيفية تنفيذ الأفراد جميع المهام في مختلف الوظائف.
- **معلومات البيئة الخارجية** وهي المعلومات الخارجية التي ترتبط بالمؤسسة وتحصل عليها من بيئتها الخارجية كقوانين التجارة, تشريعات العمل,...الخ.

❷ - **علاقة نظام المعلومات بالتنظيم:** يجب أن يتناسب الهيكل التنظيمي مع التدفق المعلوماتي, كما أن تصميمه يحتاج إلى معلومات واضحة ودقيقة عن كافة الوظائف لتوضيع الهيكل الإداري وتوزيع المهام بين الأقسام بشكل يمكن التنظيم من تحقيق أهدافه.

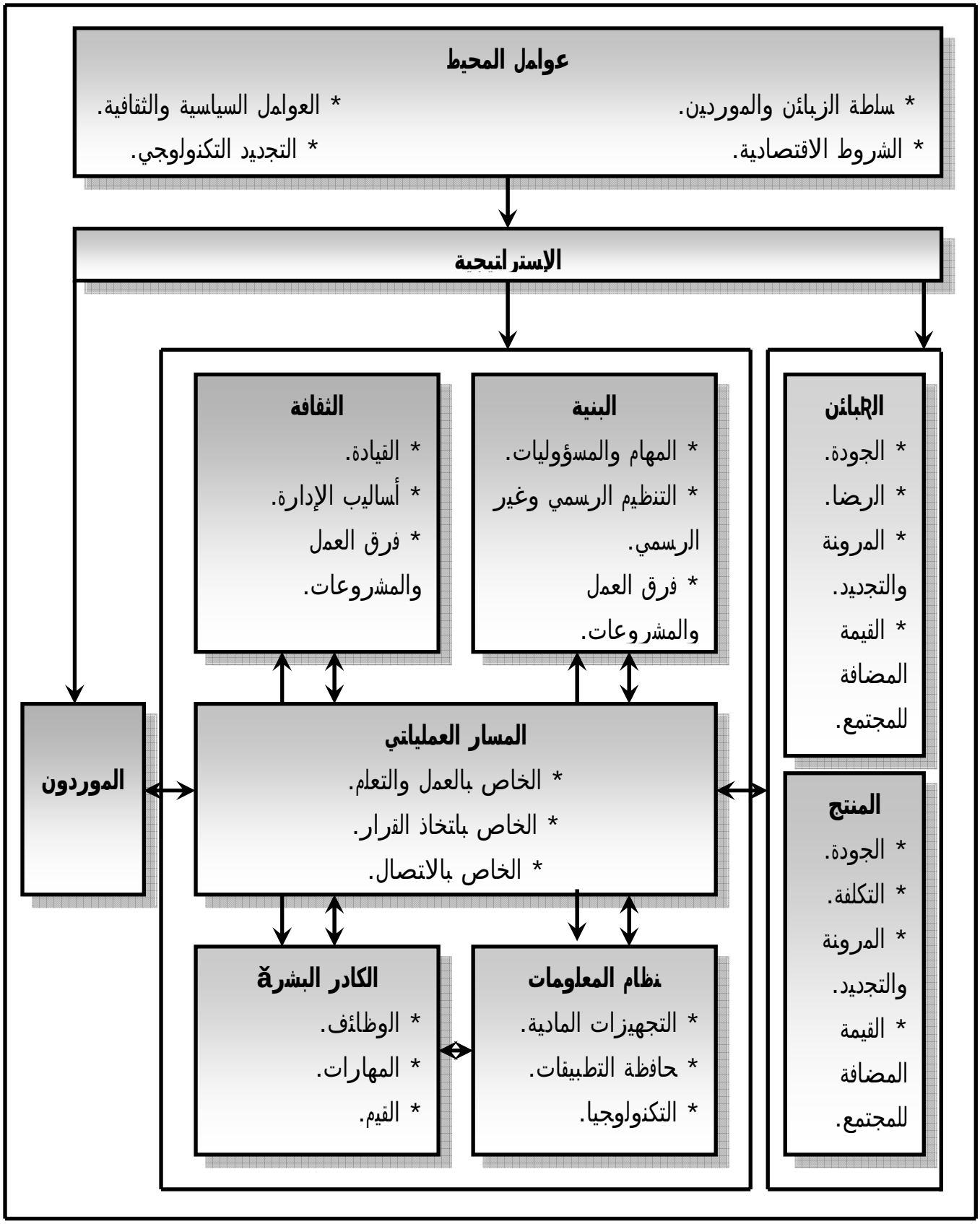
❸ - **علاقة نظام المعلومات بالتوجيه والقيادة:** يمارس القادة والمدراء في المستوى الإداري التكتيكي مهمة ترجمة الخطط والاستراتيجيات والسياسات المعدة من قبل الإدارة العليا إلى برامج تنفيذية وتشغيلية يقوم الأفراد في المستوى الفني والتشغيلي بتنفيذها مما يعني أن حلقة الوصل بينها, مما يتطلب حجما كبيرا ونوعا محددا من المعلومات اللازمة لتنفيذ هذه المهمة بنجاح.

❹ - **علاقة نظام المعلومات بالرقابة:** إن عملية الرقابة تبنى بشكل كامل على المعلومات, إذ لابد من توافر معلومات عن الإنجاز الفعلي ليتم مقارنتها مع معلومات الخطط لاكتشاف الانحرافات, إذ بدون هذه المعلومات لن تنجح هذه الوظيفة في تصحيح ثغرات التخطيط والتنظيم والتنفيذ.

❺ – **علاقة نظام المعلومات باتخاذ القرار:** يقوم اتخاذ القرار على المفاضلة بين مجموعة بدائل متعلقة بموضوع القرار وكل بديل يجب أن يتوفر له كم كبير من المعلومات الدقيقة والمهيكلة ليتمكن متخذ القرار من المقارنة والحكم وبالتالي اختيار البديل الملائم والأنسب.

ونظرا لارتباط نظام المعلومات بمختلف الأقسام والمستويات في المؤسسة, وجب إدماجه بالطريقة المثلى في هيكلها التنظيمي, بطريقة تسهل تدفق المعلومات وتمكن من الاتصال الجيد, والشكل رقم 14 يوضح المكانة المهمة التي يشغلها في المؤسسة وعلاقته بمختلف وظائفها, حيث نلاحظ أنه يؤثر بطريقة غير مباشرة على جودة المنتج ورضا الزبائن من خلال تأثيره على المسار العملياتي الذي يشكل ترجمة لإستراتيجية المؤسسة وتوجهاتها.

الشكل رقم (14): مكانة نظام المعلومات في المؤسسة.



Source : Gilles ST-AMANT, ***Op.Cit.***, P560.

1-3-3- البنية الوظيفية لإدارة نظام المعلومات في المؤسسة:

توجد وظيفتين أساسيتين في إدارة نظام المعلومات, تلك الخاصة بتقنيي الإعلام الآلي ***Informaticiens***, والمسيرين ***Gestionnaires***: (1)

❶ **-التقنيون:** تأخذ الوظيفة التقنية أشكالا متباينة, فقد تقوم بدور تقني بحت في بعض المؤسسات فيما تشارك في الإدارة العامة في البعض الآخر*, وهي تشمل المكاتب التالية:

- **مكتب التشغيل:** مسؤول عن التشغيل اليومي لنظام المعلومات (شبكات, قواعد المعلومات, تطبيقات, برمجيات...). العاملون فيه تحصلوا على تكوين تقني بحت ولا تربطهم علاقة مع المستخدمين إلا في حدود الدعم والمساعدة التقنية.
- **مكتب الدراسات:** مسؤول عن إدماج برمجيات جديدة في الأنظمة الموجودة, صيانة التطبيقات الحالية, إضافة إلى تطوير البرامج بما يتوافق مع التطورات التقنية والتكنولوجية.
- **مكتب الخبرات التقنية:** يضم مختصين في أنظمة التشغيل, أنظمة الاتصال عن بعد والشبكات, قواعد المعلومات, صيانة التجهيزات, تقنيات حديثة....الخ, والتطور التكنولوجي السريع يجعل من الصعب المحافظة على فعالية أنظمة المعلومات دون اللجوء إلى مهارات من هذا النوع.
- **مكتب مدير نظام المعلومات:** مسؤول عن تحليل كفاءة نظام المعلومات (لوحة القيادة, مراقبة التكاليف, برامج الجودة, القيمة المضافة...). يديره شخص يمتلك خبرات تقنية ومختص في إدارة أنظمة المعلومات, لكن يجب عليه إضافة إلى اختصاصه أن يكون مطلعا على نشاط المؤسسة ويدير باستمرار حوارات ولقاءات مع المسؤولين العملياتيين وكوادر الإدارة العامة. الأداة المستخدمة لإنجاز المهام المرتبطة بهذا المكتب هي مخطط إدارة نظام المعلومات, الذي يرتكز على الاستراتيجية العامة للمؤسسة, ويقوم بجرد الوضعية الحالية وتقدير المشاريع المستقبلية ومراحل إنجازها. (انظر الجدول رقم4).

❷ **-المسيرون:** يميز نادي الإعلام الآلي للمؤسسات الفرنسية الكبيرة ***Club Informatique des Grandes Entreprises Françaises*** بين ثلاثة مسؤوليات رئيسية لمسيري نظام المعلومات:

- **الإدارة العامة لنظام المعلومات:** مسؤولة عن اختيار التوجهات الرئيسية فيما يخص نظام المعلومات (الاصطفاف الاستراتيجي✷, الاستثمارات, اليقظة التكنولوجية...).

---

(1)- Marie – Hélène Delmond, Yves Petit, Jean – Michel Gautier, ***Op.Cit.***, P119.

* أظهرت نتائج استمارة أعدتها مؤسسة عالم الإعلام الآلي ***Monde Informatique*** سنة 2001, وجهت إلى مسئولي الإعلام الآلي في مؤسسات أوروبية, أن حوالي نصف المستجوبين وظيفتهم مدمجة في الإدارة العامة.

✷ انظر الصفحة رقم89.

الجدول رقم (4): محتوى مخطط إدارة نظام المعلومات.

الأزاداف والتوجهات الإستراتيجية	▪ التوجهات الاستراتيجية للمؤسسة. ▪ تنظيم المسارات العملياتية. ▪ سياسة التطوير المتبعة.
وضعية النظام الحالي	▪ جرد القدرات الحالية (التجهيزات, البرمجيات, قواعد المعلومات...). ▪ رصد النقائص الموجودة والتنبؤ بالاحتياجات المستقبلية.
المشاريع الجديدة	▪ حافظة المشاريع المراد تنفيذها ودراسة أثرها على المؤسسة. ▪ تقدير الاحتياجات من الموارد.
مخطط التنفيذ	▪ تخطيط مفصل للمشروع. ▪ تقدير الصعوبات المحتملة. ▪ متابعة إجراءات التنفيذ.

Source: Marie – Hélène Delmond, Yves Petit, Jean – Michel Gautier, ***Op.Cit.***, P119.

* **إدارة مشاريع التطوير:** مسؤولة عن اقتراح مشاريع لتطوير نظام المعلومات الحالية وتسييرها (من ناحية الجوانب غير التقنية), فضلا عن إدارة التغيير.

* **إدارة التشغيل العملياتي لنظام المعلومات:** مسؤولة عن إيجاد التنسيق بين أنشطة المؤسسة وبين تطبيقات نظام المعلومات. تشمل المجالس التالية:

▪ **المجلس الاستراتيجي:** يهدف إلى مساعدة المؤسسة على تحديد توجهاتها التكنولوجية واختياراتها لمشاريع التطوير توافقا مع نشاطها الرئيسي وإستراتيجيتها المتبعة.

▪ **المجلس العملياتي:** يهدف إلى دعم الأنشطة العملياتية ومساعدة المستخدمين على استعمال التطبيقات والبرمجيات الموجهة لهذا الغرض.

كما تحتوي وظيفة نظام المعلومات على وحدات وظيفية فرعية: (1)

▪ **وحدة الاستثمارات:** تسعى إلى تحقيق هدف طويل أو متوسط المدى, وهو تقديم منتج جديد يوفر للمؤسسة ميزة تنافسية, من أهم مهامها البحث واليقظة التكنولوجية, ولا يمكن تقدير مردوديتها على المدى المتوسط, تقتضي إرساء تقنيات جديدة وتخضع لمستوى مخاطرة مرتفع.

(1)- Michel MINGASSON, ***Informatique et Stratégie d'Entreprise : Architecture et Pilotage des Systèmes d'Information***, Dunod, Paris, 2000, P137.

إدارة هذه الوحدة تقوم على تركيز الأنشطة حول تحصيل المهارات والتقنيات القادرة على أن تكون رافعة إستراتيجية للمؤسسة وعلى دراسة وتقييم سيناريوهات استخدام هذه التقنيات.

- **وحدة العمليات:** تشمل مجموع الأنشطة الموجهة للحصول على رافعة عملياتية لعناصر سلسلة القيمة, من خلال جعل أدائها أكثر فعالية ممكنة مقارنة بالإمكانيات المتاحة, تهدف إدارة هذه الوحدة إلى تنمية القدرة على إعادة تصميم الأنشطة اعتمادا على برمجيات وتقنيات تحسن من كفاءتها وسرعة تحقيقها لأهدافها.

- **وحدة التكاليف:** تقوم برصد تطور التكاليف المتعلقة بتصميم, استغلال وصيانة نظام المعلومات, فضلا عن إعداد الميزانية التقديرية السنوية.

2- نظام معلومات المؤسسة الصحية:

تواجه المؤسسات الصحية في وقتنا الحاضر العديد من التحديات, أهمها زيادة وعي أفراد المجتمع بأهمية حصولهم على خدمات صحية ذات جودة, وارتفاع المنافسة وما يصاحبها من تطور مستمر للممارسات الطبية والأساليب العلاجية, ونظرا لهذه التحولات اكتسبت أنظمة المعلومات الإستشفائية ***Systèmes d'Information Hospitaliers*** أهمية قصوى لضمان جودة الخدمات المقدمة وبتكلفة واقعية ومدروسة, ويقدر حاليا أن إنتاج, معالجة و نشر المعلومات في القطاع الصحي, يمثل نسبة حوالي 10 % من المبادلات في العالم, ونسبة 2 / 3 من أنشطة المؤسسات الصحية.(1)

2-1- ماهية نظام معلومات المؤسسة الصحية:

يعود التركيز في السنوات الأخيرة على أنظمة المعلومات لكونها عاملا أساسيا للتحكم في النفقات وتحسين جودة الخدمات العلاجية بإشراك المريض وتوفير المعلومات اللازمة له اعتمادا على مبدأ خدمة الزبون.

غير أنها تعتبر رأس مال حقيقي غير مستغل في أغلب الأحيان من قبل معظم المؤسسات الصحية, والسبب الرئيسي يرجع لخاصيتها غير الملموسة, وكثيرا ما يطرح المهنيون أسئلة من نوع: كيف يمكننا معرفة القيمة الحقيقية للمعلومة ؟ ما هي طبيعة وحجم الخسائر التي تتسبب فيها معلومة غير مناسبة ؟ كيف تتم إدارة نظام المعلومات في ظل هذا التباين في المهن والوظائف ؟.

لتحديد ماهية نظام معلومات المؤسسة الصحية, نتناول تعريفه ونشأته التاريخية, بنيته الوظيفية وأهم تطبيقاته.

(1)- Agence Nationale du Développement et la Recherche en Santé, ***Le système d'information***, http://www.andrs-dz.org/pages/Axe1-11.htm, le 12/07/2007.

2-1-1- تعريف نظام المعلومات المؤسسة الصحية ونشأته التاريخية:

بعد سنوات من التأخر عن الوسط الصناعي, أصبحت المؤسسات الصحية في يومنا هذا أكثر إدراكا للآثار الإيجابية الناتجة عن امتلاك وتسير أنظمة المعلومات, وعرفت أنظمة المعلومات الخاصة بالمؤسسات الصحية تطورات معتبرة خلال السنوات الأخيرة, وأصبحت يوما بعد يوم تأخذ صبغة طبية وتتركز أكثر حول تسيير المعلومات المتعلقة بالمريض, وقد بدأت إدارة نظم المعلومات الصحية في أوائل الستينات في بعض مستشفيات الولايات المتحدة الأمريكية, المملكة المتحدة وبعض الدول الأوروبية التي أدخلت الأتمتة على بعض العمليات التشغيلية الإدارية فيها, ولاسيما في مجال وضع جداول الرواتب وحسابات المرضى.

ومع التقدم التقني خلال السبعينات توسع استخدام إدارة أنظمة المعلومات في المؤسسات الصحية, وأصبحت أجهزة الحاسوب في تلك الفترة أرخص وأصغر مع كفاءة أكبر في قوتها التحليلية, وبدأ المتخصصون في تصميم تطبيقات برمجية يمكن استخدامها في المؤسسات الصحية خاصة فيما يتعلق بتسيير حسابات المرضى, المحاسبة العامة, إدارة المواد, أقسام الأشعة والتحاليل المخبرية وإدارة الصيدليات(1).

في بداية الثمانينات أصبح التحكم في النفقات الطبية يشكل هاجسا حقيقيا, وبرزت أكثر فكرة تمويل المؤسسات الصحية وفقا لنشاطها الفعلي والتخلي عن منطق الميزانية الجزافية, وفي هذه المرحلة لم تكن المؤسسات تمتلك معلومات دقيقة عن الأنشطة العلاجية داخلها, فهي حسب ***Devictor*** تمتلك فكرة غير دقيقة عما تنتجه وقادرة فقط على تقييم ما تستهلكه, لذلك لجأت السلطات العمومية إلى حثها على جعل أنظمة معلوماتها أكثر طبية(2).

وقد مثلت مرحلة التسعينات نقطة تحول مذهلة في بيئة الرعاية الصحية, نتيجة لتطور أساليب إدارة المؤسسات الصحية خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية, والذي تطلب تحسين نوعية المعلومات وإعطاء الأولوية لتطوير السجلات الطبية المؤتمتة, إضافة إلى تطوير نظم دعم القرارات في مجالات التخطيط وتقييم الخدمات المقدمة. أما في يومنا هذا فشهدت أنظمة معلومات المؤسسات الصحية تطورات هائلة, وأصبحت هناك برمجيات متخصصة في تسيير العلاقة مع المريض وظهور تقنيات العلاج عن بعد بفضل الاعتماد على شبكات المعلومات(3).

---

(1)- طلال بن عايد الأحمدي, ***مرجع سابق***, ص187.

(2)- Cécile Romeyer, Isabelle Bongiovanni, ***les systèmes d'information hospitaliers, vecteurs de changement organisationnel : vers l'émergence d'un système d'information traçant l'activité,*** Centre de recherche sur le transport et la logistique, Paris, 2003, p2.

(3)- Mongi MILED, ***Le Système d'Information Hospitalier, des applications, de gestion vers le dossier médical informatisé,*** E.Health Conference, Casablanca 20/21 Février 2004, p4.

وقد تناولت النظم الصحية في الدول المتقدمة المؤسسات الصحية على أنها مؤسسات اقتصادية ووحدات إنتاجية, وتم التركيز على تصميم أنظمة معلومات خاصة بها بهدف تحسين خدماتها, وقد تم تعريف نظام معلومات المؤسسة الصحية على أنه: " نظام المعلومات الذي يقوم بجمع, تخزين, معالجة ونشر المعلومات الطبية والإدارية في المؤسسة "(1), إضافة إلى كونه: " نظام آلي يهدف إلى تسهيل إدارة مجموع المعلومات الإدارية والطبية "(2).

ويتميز نظام معلومات المؤسسة الصحية بمجموعة من الخصائص, ترتبط بطبيعة الوسط الذي يعمل فيه, نذكر منها:(3)

- تنظيم معقد جدا وذلك لتعقد طبيعة النشاط الصحي التي ينشأ عنها تنوع في مستخدمي النظام وتمايز طبيعة المعطيات بين إدارية, طبية وتقنية. فضلا عن وجود العديد من الأنظمة الفرعية وذلك بسبب تعدد وتنوع الوحدات المرتبطة به.

- يواجه تحديات قوية تتعلق بالأمن والسرية, حيث أن الاستعمال المتزايد لأنظمة المعلومات في تسيير المعلومات الطبية والإدارية, يقتضي أن تتخذ كافة الإجراءات المناسبة لضمان جودة وأمن المعلومات المعالجة. هذه الإجراءات لا تتعلق فقط بالسلامة الداخلية للنظام, أي قدرة هذا الأخير على تحقيق الرضا بطريقة تتوافق مع أهدافه ووظائفه, ولكن يتعلق الأمر أيضا بأمن اشتغاله في الوسط الطبي والإداري, جعل نظام المعلومات نظاما آمنا, يتطلب تحليل الأخطار المختلفة التي قد يتعرض لها, ثم اختيار حلول تنظيمية أو تقنية تسمح ببلوغ هذا الهدف.

- تعدد أنشطة المؤسسة الصحية يجعل القسم العملياتي الذي يمثل قاعدة البنية التنظيمية والممثل في الكادر الطبي وشبه الطبي قسما مستقلا, مما يكرس مشاكل تتعلق بصعوبة الاتصال بينه وبين مختلف الأقسام الأخرى وخاصة القسم الإداري أين تكون إجراءات العمل جد نموذجية, هذا الاختلاف في طريقة العمل يؤدي إلى عرقلة تدفق المعلومات, لذلك فتصميم نظام معلومات خاص بالمؤسسات الصحية يحتاج إلى خبراء متخصصين يدركون خصوصية أنشطتها ويستطيعون تكييف نظام المعلومات مع واقعها التنظيمي(4).

(1)- Patrice Degoulet, ***Systèmes d'information hospitaliers : Dossier patient et prescription électronique,*** Faculté de Médecine René Descartes, Université Paris 5, Hôpital Européen Georges Pompidou, 2005 p2.
(2)- Jeannique PAYET, ***Impact de l'architecture du Système d'Information Hospitalier sur les doublons d'identité : les cas du GHSR et de la Clinique de Sainte Clotilde,*** Université de Lille II, 2001, p4.
(3)- Jean-Marie RENARD, ***Op.Cit,*** p12.
(4)- P.Lachèse PASQUET, ***Management hospitalier pour le praticien,*** MASSON, Paris, 1997, p164.

2-1-2- فعالية نظام معلومات المؤسسة الصحية:

إن نجاح نظام المعلومات في أداء مهامه المتمثلة في ضمان توفير المعلومات الطبية والإدارية المناسبة وإرسالها إلى مستخدميها, وكذلك في إدارة معلومات مختلف الأقسام في المؤسسة تستوجب أن يكون هذا النظام متسق من حيث البنية الهيكلية على المستوى الداخلي, ويمثل أداة قوية لدعم القرار عن طريق السماح بتصنيف المعلومات بهدف توفير مؤشرات جيدة تخدم القيادة, وأن يشكل بنية لاستقبال المعلومات المرسلة من قبل مؤسسات وهيئات صحية أخرى على المستوى الخارجي.

ويمكن الاعتماد على المعايير التالية للحكم على فعالية نظام المعلومات:

1- درجة اندماج النظام:

إن فعالية نظام المعلومات الاستشفائي ترتبط بمدى اندماجه في المؤسسات الصحية, لكن تحقيق ذلك يواجه عدة تحديات نذكر منها:(1)

- النظرة المحدودة لموظفي الصحة اتجاه نظام المعلومات وذلك باعتباره فقط وسيلة للرقابة الإدارية وأداة للتسيير.
- عدم تجسيد الرغبة في تحسين الخدمات العلاجية اعتمادا على أنظمة المعلومات في الواقع, فأغلب وحدات العلاج لا تمتلك أجهزة كمبيوتر.
- أغلب الموظفين في المؤسسات الصحية لا يفضلون استعمال شبكات الإعلام الآلي ويرغبون أداء العمل على المستوى الفردي.

ترجع هذه الصعوبات في أغلبها إلى مقاومة التغيير والخوف مما هو جديد, إضافة إلى عدم الدراية غير الكافية بالدور الاستراتيجي الذي يلعبه نظام المعلومات, واعتباره كمصدر للتكلفة, وعدم وجود ثقافة تقاسم المعلومات في المؤسسة الصحية.(2)

ولذلك وجب على المسيرين إيجاد الحلول المناسبة لتجاوز هذه العقبات, من خلال:(3)

- الحث على قبول النظام من جميع الأطراف المعنية في المؤسسة الصحية, من متخذي القرار, أطباء, ممرضين والكادر الإداري.
- تكييف نظام المعلومات مع خصائص المؤسسة الصحية واحتياجاتها ومواردها.
- توفر المرونة التنظيمية الكافية لمواجهة مشاكل التغيير المتوقعة.

(1)- Lisette CAZELLET, ***Op.Cit.***, p10.
(2)- Philippe Cazabat, ***T2A et DMP Le rôle majeur du SIH,*** Séminaire InterSystems, 16 mars 2006, Health Services, France, p2.
(3)- ***L'informatisation contribue à l'optimisation des soins dans les hôpitaux,*** http://download.microsoft.com, le 12/21/2006.

2- قدرة النظام على تحقيق الأزاداف:

ترتبط فعالية نظام المعلومات بمدى قدرته على تحقيق أهداف التي وجد من أجلها, وتتمثل هذه الأهداف في:(1)

- **أزاداف سريرية:** مدى قدرته على:
  - تحسين تسيير المعلومات من قبل الكادر المعالج.
  - التقليل من الحجز اليدوي للمعلومات واستبداله بالحجز الآلي, خاصة فيما يتعلق بنتائج التحاليل والمعطيات الطبية.
  - إعادة تنظيم وترشيد العمل التمريضي وزيادة الوقت المخصص للمريض.
  - تسهيل مراقبة المرضى بصفة مستمرة ومتتابعة.
  - هيكلة وتنظيم الملف الطبي.
  - تحسين إجراءات التكفل بالمريض.
  - توفير المرجعيات الضرورية للنشاط بطريقة آلية ومنظمة (قائمة الأدوية...الخ).
- **أزاداف متعلقة بالجودة:** مدى قدرته على:
  - تحسين جودة المقاييس والمؤشرات الخاصة بتقييم مختلف الأنشطة.
  - زيادة جودة الملفات من حيث الوضوح وقابلية الفهم, وجعلها مرجعيات دقيقة للتأكد من صحة المعلومات.
  - توفير المعلومات في كل الوضعيات.
  - تطوير رقابة جودة آلية.
- **أزاداف إدارية:** مدى قدرته على:
  - إنتاج ملفات طبية مهيكلة.
  - تعميم ملخصات خروج آلية تسمح بإصدار الفواتير بطريقة سهلة ودقيقة.
  - إرساء توثيق ناجع للمعلومات.
  - التقليل من الملفات اليدوية.
- **أزاداف اقتصادية:** مدى قدرته على:
  - تحسين عملية الفوترة وتعميمها آليا.
  - توفير المعلومات اللازمة للقيام بدراسات حول تكاليف التكفل بالمرضى.
  - استراتيجية تجهيزات وبرمجيات ملائمة.
  - التقدير الدقيق للموارد الضرورية.

(1)- Mettre M.Berger, ***Valeur ajoutée d'un système d'information clinique aux soins intensifs,*** Travail de Mémoire pour l'obtention d'un Diplôme Postgrade en Economie et Administration de la Santé, Faculté de Médecine de Rennes, 2000, p3.

3- استيفاء شروط النجاح:

في حين يرى ***F.Kohler*** أن فعالية نظام المعلومات ترتبط بمدى استيفائه لشروط نجاحه, وتتمثل في:(1)

- الدراية المعمقة بمسار المعلومة في المؤسسة الصحية.
- التحليل الدقيق للجانب الاجتماعي للمؤسسة.

❹- سلامة خصائص النظام الداخلية: (2)

▪ سرية النظام:

تعرف على أنها الخاصية التي تضمن أن المستخدمين المرخص لهم فقط وضمن الشروط المحددة, هم من يستخدم النظام.

ويؤدي توفر هذه الصفة إلى حماية الحياة الخاصة للأفراد الذين تتواجد معلوماتهم الشخصية في نظام المعلومات.

▪ موثوقية النظام:

تعرف على أنها الخاصية التي تضمن أن المعلومة لا يتم تغييرها إلى من قبل المستخدمين المرخص لهم وضمن الشروط المحددة.

إن الاختلاف البسيط بين المعلومة المرسلة والمعلومة المستقبلة ينتج عنه تغير كبير في سير العملية, الوظيفة أو القرار الذي سوف يتخذ بناءا على هذه المعلومة, لذلك فإن موثوقية النظام تؤثر مباشرة على جودة المعلومات التي يقدمها لمختلف مستعمليها في المؤسسة الصحية بوحداتها المتنوعة.

▪ توفرية النظام:

تعرف على أنها خاصية نظام المعلومات التي تمكن من مستخدميه المرخص لهم من العمل به وقت الحاجة إليه ضمن الشروط المحددة.

توفرية النظام من خلال ضمان استعماله من قبل مستخدميه بصفة مستمرة تسمح باكتشاف الأخطاء فور حدوثها وبالتالي سرعة معالجتها, لذا ترتبط خاصية التوفرية بسرعة الاستجابة خاصة في حالة الاستعجالات والحالات المفاجئة.

---

(1)- F. Kohler, ***Système d'Information Hospitalier,*** http://www.univ-lille2.fr, le 29/04/2007.

(2)- François-André ALLAERT, Liliane DUSSERRE, Benoît LECLERCQ, ***La sécurité des systèmes d'information médico-hospitaliers,*** http://www.cybermed.jussieu.fr, le 12/05/2007.

إن مجموعة الخصائص التي يجب أن تتوفر في نظام المعلومات حتى يكون فعالا ويؤدي وظائفه بكفاءة عالية, تتغير عبر الزمن فلا يمكن أن يبقى النظام فعالا إلى الأبد, ينجز أهدافه باستمرار ولا يمكن أيضا أن تبقى خصائصه الداخلية سليمة دائما, لأن الظروف المحيطة تتغير والنظام يجب أن يتكيف معها بنجاح, ومنه فإن " ضمان استمرارية فعاليته ترتبط بتقييمه بصفة مستمرة ومتتابعة لرصد نقائصه ومحاولة إيجاد حلول لها ".(1) ويرتبط هذا التقييم بأربعة مؤشرات أساسية: البعد المالي, درجة رضا الزبائن, تحسين الأداء الداخلي, تحسين الكفاءات والمهارات.(2)

2-2- وظائف نظام المعلومات المؤسسة الصحية:

هناك أعمال كثيرة اهتمت بأنظمة المعلومات وكيفية إدماجها في المؤسسات الصحية كوسيلة أساسية للتحديث التكنولوجي, مثل الكتاب الصادر سنة 1989 لصاحبه ***T.R.Lakshmanan*** تحت عنوان ***التجديد التكنولوجي والمؤسسي في القطاع الخدمي Technological and institutional innovation in the service sector*** وتناول الموضوع نفسه ***C.Schrayer*** في كتابه الصادر سنة 1995 تحت عنوان ***التكنولوجيات الطبية: صناعة صحية Les technologies médicales : une industrie de la santé***.(3)

وركزت هذه الكتابات على نظام المعلومات الخاص بالزبون, نظام المعلومات الخاص بالتسيير المالي ونظام المعلومات الخاص بالإدارة الاستراتيجية.

فيما تناول ***Sachot*** أربعة أنظمة معلومات فرعية وهي:(4)

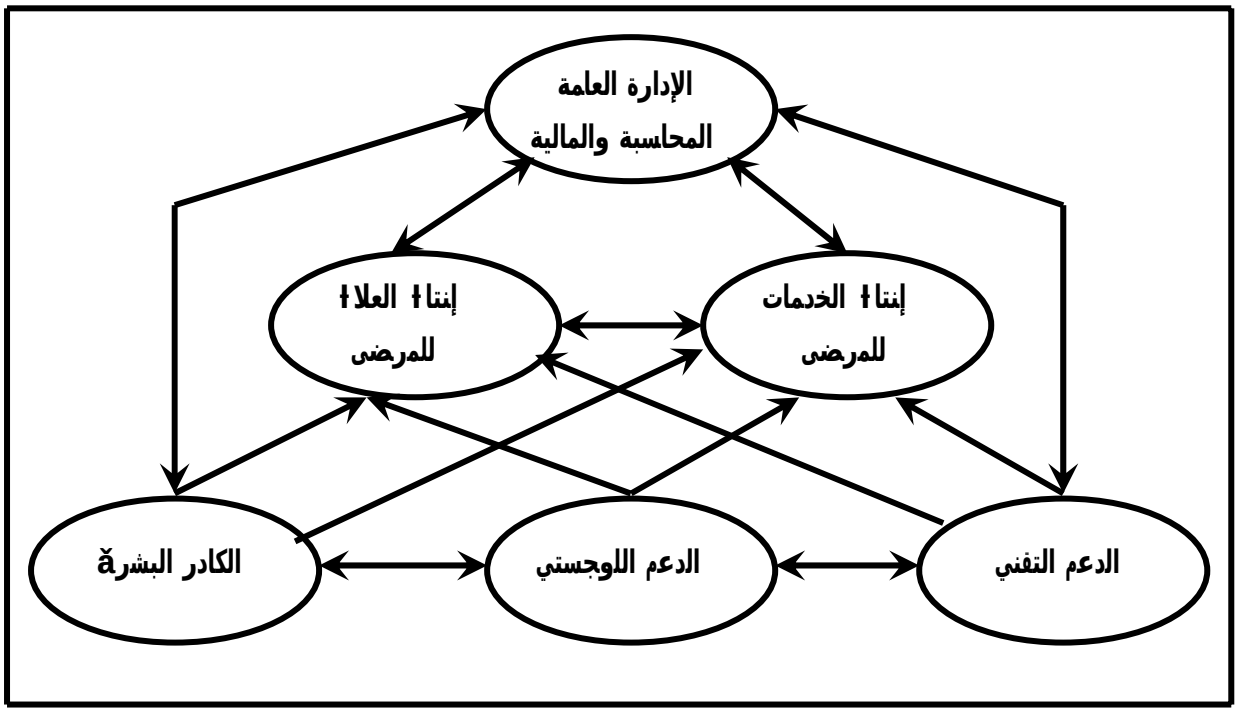
- نظام معلومات تسيير المرضى وتتضمن جزء إداري وجزء طبي.
- نظام معلومات تسيير الوسائل الأساسية في الإنتاج, ويتضمن الصيدلية, المخزونات الأخرى, الكادر البشري.
- نظام معلومات تسيير وحدات الإنتاج.
- نظام معلومات تسيير الإنتاج, والذي يتضمن المراحل الموجودة بين استقبال المريض حتى خروجه.

(1)- Société Française de l'Economie de la Santé, ***Sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique,*** Assemblée Nationale du 9 décembre 2004, Paris, p8.
(2)- Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, ***Projet du Système D'Information,*** http://www.ap-hm.fr, le 10/02/2007.
(3)- Farida Djellal et *al*, ***Op.Cit***, p37.
(4)- ***Idem***.p38.

يرى ***J.L.Le Moigne*** أن نظام المعلومات يقع بين نظام العمليات ونظام التسيير الذي يقوم بتحديد الأهداف والاختيارات(1), ويمكن تطبيق ذلك في المجال الصحي, أين تكون وظيفة الإنتاج مقسمة إلى قسم تقني يسمح بالقيام بأنشطة معينة وقسم طبي يسمح بالتكفل بالمرضى. و العلاقة بين هذين القسمين معقدة وتحتاج إلى نظام معلومات خاص.

ولإرساء نظام معلومات في المؤسسة الصحية قامت دول متطورة مثل فرنسا, والتي يشهد فيها إصلاح المنظومة الصحية تقدما هائلا مستندة على التجربة الأمريكية الرائدة في اقتصاد الصحة, باقتراح نموذج يقسمها إلى أقسام وهي القسم الإداري, قسم العلاج والقسم اللوجستي, وذلك وفق الشكل التالي:

الشكل رقم (15): أقسام المؤسسة الصحية.

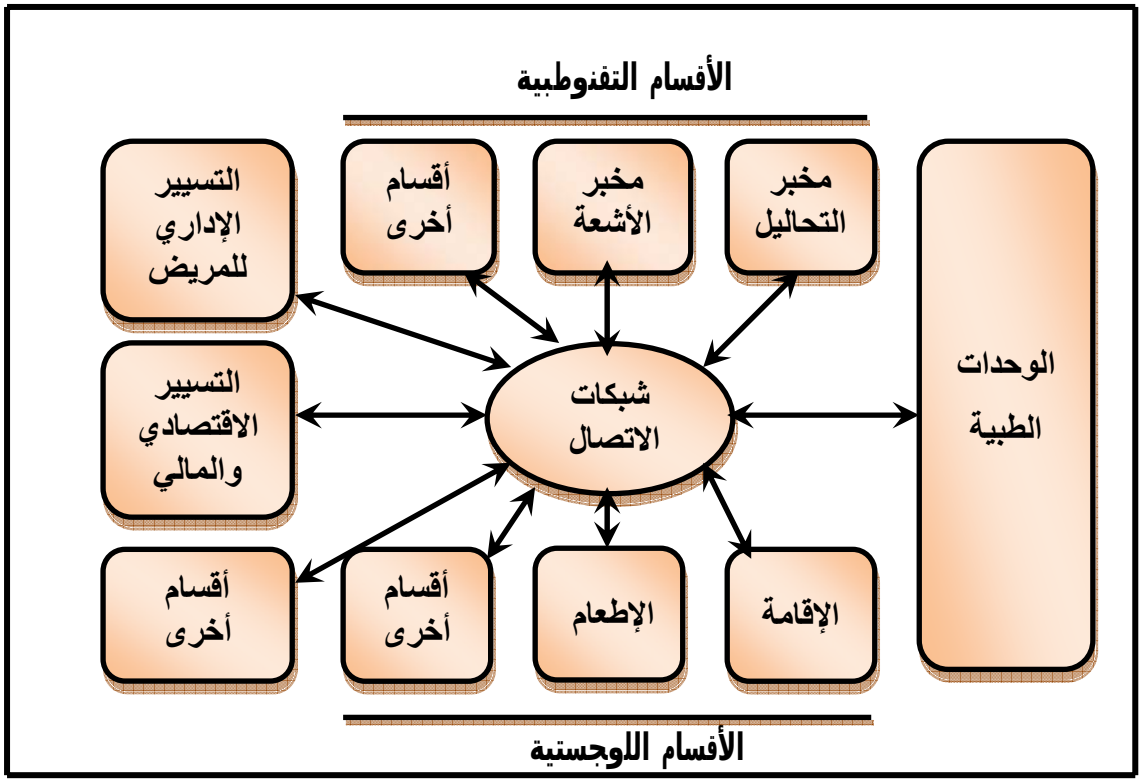


Source : P.Lachèse PASQUET, ***Op.Cit***, p136.

نلاحظ أن الوظيفتين الأساسيتين تتمثلان في وظيفة إنتاج الخدمات المرضى ووظيفة إنتاج العلاج, وكل منهما يحتاج إلى الدعم التقني واللوجستي والكادر البشري, واستنادا على ذلك فإن البنية الوظيفية لنظام المعلومات تنقسم إلى نظامين رئيسيين إداري وطبي, والأنظمة التي تربط بينه وبين الأنظمة اللوجستية والتقنية هي أنظمة فرعية. (انظر الشكل رقم 16).

(1)- P.Lachèse PASQUET***, Op.Cit***, p136.

الشكل رقم (16): البنية الوظيفية لنظام معلومات المؤسسة الصحية.



Source: H. Faure et autres, ***Approche d'un Système d'Information des Unités de Soins***, Informatique et Santé, Volume 6, 1993.

1- نظام المعلومات الطبي:

هو النظام الذي يتلقى معلومات متكاملة من مختلف الأقسام الطبية ذات العلاقة بحالات المرضى ويتولى معالجتها, تخزينها واسترجاعها عند الحاجة إليها بيسر وسهولة, ويساهم في:

- وضع التشخيص الطبي وشبه الطبي.
- تحديد الحلول العلاجية ومخطط العلاج المتبنى.
- تقييم تطور حالة المريض واحتياجاته الصحية.
- توجيه المريض إلى القسم الأكثر مناسبة لحالته عند تغييره لطبيعة العلاج.

إن أتمتة وحدة العلاج حسب ***Hémidy*** تقوم على جعل نظام المعلومات المركز على المريض قائم بذاته, بما يحتويه من معلومات خاصة بالتكفل الطبي والإداري, هذا النظام يقوم على وجود هوية موحدة لكل مريض بالنسبة للمؤسسة بكامل أقسامها, ويقتضي ذلك:(1)

- حجز موحد للمعلومة.
- أتمتة معالجة المعلومات.

(1)- Ecile Romeyer, Isabelle Bongiovanni, ***Op.Cit***, p5.

تتمثل المعلومات الخاصة بنظم المعلومات الطبية في خطط رعاية المريض, نتائج تقارير التحاليل المخبرية, فحوصات الأشعة, الوصفات العلاجية, الإجراءات الجراحية, وغيرها من البيانات ذات الصلة.

إن هدف نظام المعلومات الطبي هو تحسين جودة الخدمة بجعل الشروط الاقتصادية وشروط العمل مثالية, لذلك يجب أن يساهم في التنسيق بين:(1)

- العاملين الذين يقومون بإنجاز أنشطة مرتبطة ببعضها البعض (عدة ممرضات).
- العاملين الذين يقومون بإنجاز أنشطة مختلفة عن بعضها البعض (أطباء وممرضين).
- عاملي الوحدة الذين لديهم علاقة مع عاملين خارجيين (ممرضات وعاملين بمخبر التحاليل),

وهنا تظهر أهمية وضح حدود تفصل بين أنظمة معلومات الوحدات الطبية المختلفة.

وفيما يلي عرض مبسط لأهم أنظمة المعلومات الطبية:(2)

1-1- نظام معلومات المختبر: وهو نظام آلي يهدف تصميمه إلى دعم وظائف المختبر وأنشطته في مجال التعرف على الفحوص المطلوبة, الحصول على العينات والتأكد منها, الإبلاغ عن النتائج عن طريق جهاز الحاسوب, ويساهم هذا النظام بشكل كبير في تسهيل إدارة المختبرات, من خلال الحد من الفحوصات غير الضرورية واستغلال الوقت بين إنجاز الفحص وبين إظهار نتيجته. وتتمثل استخداماته فيما يلي:

- تحليل البيانات الأولية الخاصة بعدد الفحوص المطلوبة حسب أنواعها وفئاتها, وتبعا لأوامر الأطباء وحسب الحالة المرضية لكل مريض.
- تخزين نتائج الفحوص المخبرية.
- مراقبة جودة الفحوص المخبرية وتوثيق إجراءاتها.

1-2- نظام معلومات الصيدلة: يعد من أكثر أنظمة المعلومات الطبية استخداما, ويعمل على تبسيط عملية صرف الأدوية ومراقبة المخزون, مراقبة الجرعات الدوائية حسب ما وصفة لطبيب ومنع التضارب في الوصفات العلاجية, ومن الأهمية بمكان أن يتم تكامل نظام معلومات الصيدلة مع باقي أنظمة المعلومات الطبية الأخرى, فعلى سبيل المثال ينبغي أن يسهل على الطبيب المعالج الوصول إلى نتائج فحوص الدم قبل قيامه بوضع الوصفة العلاجية.

1-3- نظام معلومات العلاج: يعتمد هذا النظام على إدارة المعلومات الخاصة بمعالجة المريض التي تبدأ من تقدير حالته الصحية وتقييمها, بما في ذلك توثيق التفاصيل العلاجية, تسجيل مرات إعطاء الدواء له, ومن شأن هذا النظام تحسين الرعاية المقدمة للمريض وإدارة تكاليف الإقامة الاستشفائية.

(1)- Ecile Romeyer, Isabelle Bongiovanni, ***Op.Cit***, p3.

(2)- طلال عايد الأحمدي, ***مرجع سابق***, ص ص191-193.

2- نظام المعلومات الإدارة:

هو نظام معلومات فرعي يقوم بجمع, تخزين, معالجة ونشر المعلومات الإدارية في المؤسسة الصحية.

يعتبر القسم الإداري الأول الذي تأثر بتقنيات الإعلام الآلي, حيث بدا الأمر بأتمتة الإجراءات الإدارية, ثم حصل الشيء نفسه فيما بعد بالنسبة للوظائف اللوجستية (إدارة المواد)(1), وتحت نظام المعلومات الإداري هناك أنظمة فرعية أخرى هي:(2)

- نظام معلومات التسيير المالي والمحاسبي.
- نظام معلومات إدارة المواد.
- نظام معلومات تسيير الموارد البشرية.

وفيما يلي عرض لهذه الأنظمة:(3)

2-1- نظام معلومات التسيير المالي والمحاسبي: تدعم هذه الأنظمة أنشطة تخصيص الموارد, متابعة الإيرادات والنفقات على السلع والخدمات ومراقبة تكاليف التشغيل, وتشمل التطبيقات الرئيسية لهذا النظام ما يلي:

- أعمال حسابات المرضى وإصدار الفواتير ومعالجة الحسابات المدينة.
- تحضير جداول الرواتب وجداول الأعمال المحاسبية الأخرى.
- إعداد تقارير عن الميزانية والمصروفات.
- أعمال محاسبة التكاليف.
- إصدار التقارير المالية.

2-2- نظام معلومات الموارد البشرية: يفيد في عدد من المجالات نذكر منها:

- حفظ ملفات الموظفين.
- التخطيط للقوى العاملة.
- تعيين الأطباء والموظفين المهنيين الآخرين.
- متابعة رضا الموظفين.
- تحليل إنتاجية الموظفين.

(1)- Farida Djellal et *al, Op.Cit*, p35.
(2)- Mongi MILED, ***Op.Cit,*** p15.

(3)- طلال عايد الأحمدي, **مرجع سابق**, ص ص194-197.

2-3- نظام معلومات إدارة المواد: تستخدم المؤسسات الصحية كميات كبيرة من التجهيزات والمواد أثناء تقديم خدماتها للمريض, تشمل الأدوية والمستحضرات الصيدلانية, التجهيزات الطبية, التجهيزات المكتبية, قطع الغيار المخصصة لإصلاح الأجهزة وصيانتها, ولذلك فإن أنظمة المعلومات تفيد في: طلب اللوازم, مراقبة مستويات المخزون و تخصيص تكاليف المواد المستخدمة في تقديم الرعاية الصحية.

2-3- تطبيقات نظام معلومات المؤسسة الصحية:

من بين أهم تطبيقات نظام المعلومات في المجال الصحي, تلك المتعلقة بالتحكم في النفقات وإدارة الموارد من جهة, والخاصة بالمساعدة على اتخاذ القرار العلاجي من جهة أخرى.

2-3-1- أنظمة الترشيد الاقتصادي للمؤسسات الصحية:

ظهرت هذه الأنظمة استجابة لمطالبة الحكومات بضرورة اتخاذ إجراءات صارمة للتحكم في النفقات الصحية المتزايدة, وهي نتيجة لبحوث متواصلة أنجزها المختصون في هذا المجال بغية تطوير نظام معلومات يتميز بالصفة الطبية أكثر منه الإدارية, أو ما يعرف بـ ***Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information*** الذي يسمح بالقياس الاقتصادي لمنتجات المؤسسات الصحية عن طريق الإدارة الفعالة لمختلف للمعلومات الطبية والإدارية الخاصة بالمريض, وتوجيهها لدعم النشاط والتقييم المستمر للأداء(1).

وهو عبارة عن ترجمة لمفاهيم ***Diagnoses Related Groups*** أو الفئات المتناسقة للمرضى التي جاء بها ***R.Fetter*** بروفيسور الاقتصاد في جامعة ***YALE*** الأمريكية. وقد اعتمد عليها الكونغرس الأمريكي سنة 1982 لإرساء تنظيم جديد لتكاليف الإقامة الاستشفائية انطلاقا من تصنيف طبي يقوم على خصائص المرض الذي تم التكفل به وآخر اقتصادي يقوم على الموارد المستخدمة في هذا التكفل(2), هذا الاتجاه أدى إلى تطور أنظمة معلومات الوحدات العلاجية بشكل سريع خلال العشرين سنة الأخيرة, بعد أن كان الاهتمام يرتكز فقط على التكفل الإداري بالمريض, الأمر الذي مهد الطريق للكثير من المشاريع الإصلاحية التي تعرفها النظم الصحية عبر العالم في إطار ما يعرف بنظام المعلومات الطبي, الذي يقوم بتسجيل المعلومات الطبية (التشخيص الرئيسي والمرافق, إجراءات العلاج...), من خلال تحصيلها مباشرة من الأقسام(3).

(1)- ***Programme de Médicalisation du Système d'Information***, http://www.medcost.fr, le 23/12/2006.
(2)- G. NISAND, ***Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information et Systèmes d'Information Hospitaliers***, http://www-ulpmed.u-strasbg.fr, le 06/01/2007.
(3)-Cécile ROMEYER, ***Op.Cit.,*** P2.

إن تطبيق مثل هذه الأنظمة المبتكرة, يتطلب مجهودات حقيقية, لضمان نجاحها وتحقيقها لأهدافها, وتبقى عملية تأهيل وتكوين مستخدمي النظام أساسية للوصول إلى التفاعل الجيد والبناء, إن تطور تطبيقات نظام المعلومات المؤسسة الصحية يتجه نحو تركيزه أكثر فأكثر على المريض, حيث يتم ربط مختلف الوحدات والأقسام في المؤسسة الصحية بالمريض, حتى يكون تدفق المعلومات سلسا وأكثر إيجابية.

من أهم الأدوات التي يوفرها نظام المعلومات كدعم تسييري للمؤسسة الصحية: (1)

1- ملف المريض : هو الملف الذي تجمع فيه المعلومات الإدارية, الطبية وشبه الطبية الخاصة بالمريض, ويجب أن تتوفر فيه ثلاثة شروط أساسية: دقة التوثيق, تكامل ووضوح محتواه وسهولة الوصول إلى المعلومات التي يداخله. يتضمن معلومات حول:

- المراقبة الطبية.
- الفحوصات التكميلية.
- الإجراءات العلاجية الطبية والتمريضية.
- ملخص نهاية الاستشفاء (وثيقة خروج), ويمثل وسيلة اتصال بين مختلف الأقسام.

تسيير المؤسسة الصحية يرتكز حول الإدارة الجيدة للتكفل بالمريض على مستوى الأقسام المختلفة, المعلومة الطبية المركزية التي يعتمد عليها هذا التكفل يوفرها ملف المريض(2), وذلك من خلال توثيقه لجميع العمليات المنجزة, ويمثل وسيلة اتصال وتنسيق بين جميع أقسام ووظائف المؤسسة, فضلا عن كونه أداة تقييم فعالة للقيمة التي يضيفها كل طرف في المسار العملياتي الخاص بتقديم الخدمة العلاجية. (3)

2- *RSS*: ملخص نموذجي للخروج ***Résumé Standardisé de Sortie*** يحتوي على معلومات إدارية وطبية مكيفة مع النشاط العلاجي.

3- *GHM*: الفئات المتناسقة للمرضى ***Groupes Homogènes de Malades*** يتم إعدادها اعتمادا على ملخص الخروج و القائمة الدولية للأمراض. من أهدافه:

- تقدير الموارد الصحية المستهلكة.
- توفير المعلومات اللازمة لإعداد مشروع استراتيجي للمؤسسة.
- التنبؤ بمصادر الخلل الوظيفي.

تعتبر هذه الأدوات وسائل ضرورية للتحكم في جودة خدمات المؤسسة الصحية.

(1)- Laboratoire de la Qualité des Soins, ***Les Outils de la Qualité des Soins***, Agence Nationale de la Recherche en Santé, Université de Constantine, Algérie, 2002, P1.
(2)- Gérard de POUVOURVILLE, ***Information Médicale et Gestion des Etablissements: Le Point de Vue d'un Chercheur en Gestion***, Informatique et Santé, Volume 6, 1993, P204.
(3)- Agence Nationale D'Accréditation et d'Evaluation en Santé, ***Evaluation des Pratiques Professionnelles dans les Etablissements de santé : Dossier du Patient,*** France, Juin 2003, P3.

2-3-2- أنظمة اتخاذ القرارات الطبية:

إن تطبيقات نظام المعلومات تتطور بشكل مطرد في المؤسسات الصحية, فقد قامت عدة مؤسسات بتطوير أنظمة معلومات أكثر عرضية تشمل نظام معلومات وحدات العلاج ونظام معلومات التجهيزات التقنية, تكون مساندة بدرجة أكثر لاتخاذ القرارات, أو ما يسمى بأنظمة المعلومات المركزة على النشاط ***Systèmes d'Information Centrés sur l'Activité***(1).

يهدف هذا النظام إلى جمع, تخزين, معالجة ونشر المعلومات المتعلقة بالأنشطة التالية:

- التشخيص والوصفة الطبية.
- العلاجات شبه الطبية المرافقة.
- الفحوصات المنجزة.
- تسجيل المريض وتغيرات حالته.

يتم استخدام هذه المعلومات لتجنب الأخطاء, وكذا مساعدة متخذي القرار, وذلك اعتمادا على لوحات القيادة التي تسمح بتحليل النشاط التقني طبي وكذا التكاليف الحقيقية الخاصة بكل مريض, كما يوفر معلومات خاصة بمراحل الإنتاج داخل المؤسسة الصحية من خلال تقييم حجم وطبيعة العلاجات المقدمة للفئات المختلفة للمرضى, وأخيرا يساهم في التحليل الجيد للإنتاج في المستشفى ويستجيب بالتالي لضغوط السلطات العمومية بخصوص تقييم النشاط الطبي, كما يشمل أيضا:(2)

- إجراءات التكفل بالمرضى التي تتطور بشكل مستمر مما يفرض التسيير الجيد للخبرات والمعارف والقواعد المنظمة بشكل عام.
- نظام إنذار لكشف الخلل, فعلى سبيل المثال عندما تكون الأدوية المسجلة لا تتوافق مع أدوية مسجلة في نفس الوصفة أو مع نتائج الفحص المخبري, أو مع نوع الحساسية التي يعاني منها المريض.

فيما يلي بعض أهم الأنظمة الطبية الخبيرة التي عرفت انتشارا واسعا في الأوساط الصحية بسبب الدعم الذي وفرته في اتخاذ القرار واكتشاف مواطن الخلل في الوصفات العلاجية: (3)

INTERNUST/CADUVCEUS-1: يمثل أكثر نظام فعال في مجال الدعم التشخيصي, تم تطويره في ***Pittsburg*** بالولايات المتحدة الأمريكية, يغطي حوالي 80% من علوم الطب الداخلي, يشمل وصف لحوالي 4500 من الأعراض و600 مرض, يقوم باقتراح فرضيات تشخيص مختلفة بالاعتماد على المعطيات الخاصة بالمريض.

---

(1)-Cécile Romeyer, Isabelle Bongiovanni***, Op.Cit***, p5.

(2) Régis Beuscart, ***Systèmes d'Information Hospitaliers, Présent et Perspectives***, http://www.univ-lille2.fr, le 30/05/2007.

(3)- Patrice DEGOULET, Marius FIESHI, ***Traitement de l'Information Médicale : Méthodes et Application Hospitalières***, Informatique et Santé, Volume 8, 1996, p120.

MYCIN-2: تم تطويره في ***Sandford*** في بداية السبعينات, ويعتبر من أوائل أنظمة المعلومات التي أنجزت في المجال الطبي, يساعد في اتخاذ القرارات الخاصة بتحديد مصادر العدوى المرضية, يأخذ بعين الاعتبار المعلومات الخاصة بالمريض, الأدوية التي تناولها والمؤسسات التي عولج فيها من قبل.

SPHINX-3: تم إنجازه في كلية الطب في ***Marseille*** بين 1980 و1984, وظيفته المساعدة في اتخاذ القرار العلاجي لمرضى السكري, يتوفر على قاعدة معلومات شاملة للأعراض, المؤشرات, الفحوصات التكميلية, العلاج والتشخيص.

HELP-4: تم تطويره في مستشفى ***Latter Days Saints*** الواقع في ***Salt Lake City*** بالولايات المتحدة الأمريكية, يعتبر أحد الأنظمة الشاملة للوظائف الإدارية, المالية والسريرية. حيث يقوم بالمهام التقليدية مثل تسجيل الدخول, توثيق الإجراءات الإدارية, إضافة إلى المساعدة في اتخاذ القرار العلاجي ورصد التناقضات في وصف الأدوية.

CARE-5: تم تطويره من قبل مجموعة ***Clement McDonald*** في ***Indianapolis*** يسمح بتوفير نصائح في الطب العام وكشف أنواع معينة من السرطانات من خلال قاعدة المعلومات الخاصة بأعراض ومؤشرات المرض.

3- دور نظام المعلومات في تحسين جودة الخدمة الصحية:

في سياق اقتصادي متطور تعد المعلومات أحد الموارد القيمة في المؤسسة والمصدر الحيوي لقوتها, والأنظمة التي تدير هذه المعلومات بكفاءة هي مصدر منفعة حقيقية وقيمة مضافة تصنعها فعالية هذه الأنظمة وقدرتها على أداء وظائفها المختلفة.

طالما اعتبر نظام المعلومات كمصدر للتكلفة, لكونه لا يقدم قيمة مضافة ملموسة, غير أن قيمة المؤسسة لا تقاس فقط بطريقة محاسبية, فإضافة إلى الممتلكات المادية هناك أخرى غير مادية تمثل مصدر قيمة مثل البرمجيات وحقوق الملكية الفكرية, وقد ميز ***Tourreilles*** بين الفئات التالية للأصول غير الملموسة:(1)

- **الأصول المرتبطة بالتجديد**, الناتجة عن أنشطة البحث العلمي والتطوير.
- **الأصول المرتبطة بالتميز**, الناتجة عن صورة المؤسسة وسمعة الخدمات الصحية التي تقدمها ما يقوي علاقتها مع الهيئات الممولة وينمي شعور الثقة لدى زبائنها.
- **الأصول البنيوية**, المرتبطة بالمرونة التنظيمية وأساليب العمل المتبعة التي تكون أكثر ديناميكية واستباقية.

(1)- Jean-Marc TOURREILLES, ***Système d'Information Hospitalier 1, 2, 3…Partez***, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, France, 2004, P18.

إن دفع مسيري المؤسسات الصحية نحو إدراك أشمل للدور الذي تلعبه أنظمة المعلومات فاي ضمان التدفق المعلوماتي اللازم لسير مختلف الأنشطة العلاجية والإدارية, يمر عبر تبيان الفوائد والآثار على المستوى العملي, والتي من بينها:(1)

- تسهيل الإجراءات العملية اليومية (الإدارية, العلاجية...).
- الاستخدام الأمثل للوقت من طرف الأطباء والمعالجين.
- تحسين كفاءة اشتغال المؤسسة الصحية من خلال تنظيم عرضي أكثر.
- تطوير العمل من خلال الشبكات والتعاون بين المؤسسة وشركائها. خاصة مع تكنولوجيات الاتصال التي توفر تقنيات حديثة (الشبكات, الإنترنت,...).

لمعرفة دور نظام المعلومات في ترقية جودة الخدمة الصحية, ندرس تأثيره على ثلاثة جوانب رئيسة في المؤسسة:

- **الاستراتيجية:** باعتبارها اللبنة الأولى في قيادة أنشطة المؤسسة وتسيير وظائفها, فعبرها يتم تحديد المهام والأهداف التي تسعى إلى تحقيقها, وصياغتها بشكل دقيق يؤثر علاى نوعياة الخدماة المقدمة إلى مستعملها النهائي.
- **المسار العملياتي *Processus*:** أنشطة المؤسسة جميعها عبارة عن مجموعة من المساارات العملياتية المتكاملة (الإدارية, العلاجية, التقنية...), وإنجاز مسار عملياتي جيد يعني بالضرورة تحقيق أهدافه بالصورة المطلوبة والتي تندرج جميعها ضمن الارتقاء بالخدمة المقدمة.
- **رضا المريض والعامل:** إن الحكم الفصل على جودة الخدمة الصحية يوفره المستفيد منها, لأنها وجدت أساسا استجابة لمتطلباته واحتياجاته, رضا المريض عن الخدمة التي تقادمها المؤسساة الصحية يعتبر مؤشرا جوهريا على جودتها. فضلا على أن رضا مقدم الخدمة على ما قدمه يمكن أن يكون معيارا للحكم على الجودة, باعتبار أن هذا الرضا يترجم مدى قيام العاماال (الإداري, الطبياب, التقني..) بمهامه على أكمل وجه بسبب المزايا التي يوفرها نظام المعلومات من جهة, ومدى رضااه عن شروط عمله من جهة أخرى.

3-1- تأثير نظام المعلومات على الإستراتيجية:

لمعرفة تأثير نظام المعلومات على إستراتيجية المؤسسة, نتناول طبيعة العلاقة التي تربط بينهما, ومضمون نموذج الاصطفاف الاستراتيجي لنظام المعلومات.

3-1-1- العلاقة بين نظام المعلومات و إستراتيجية المؤسسة:

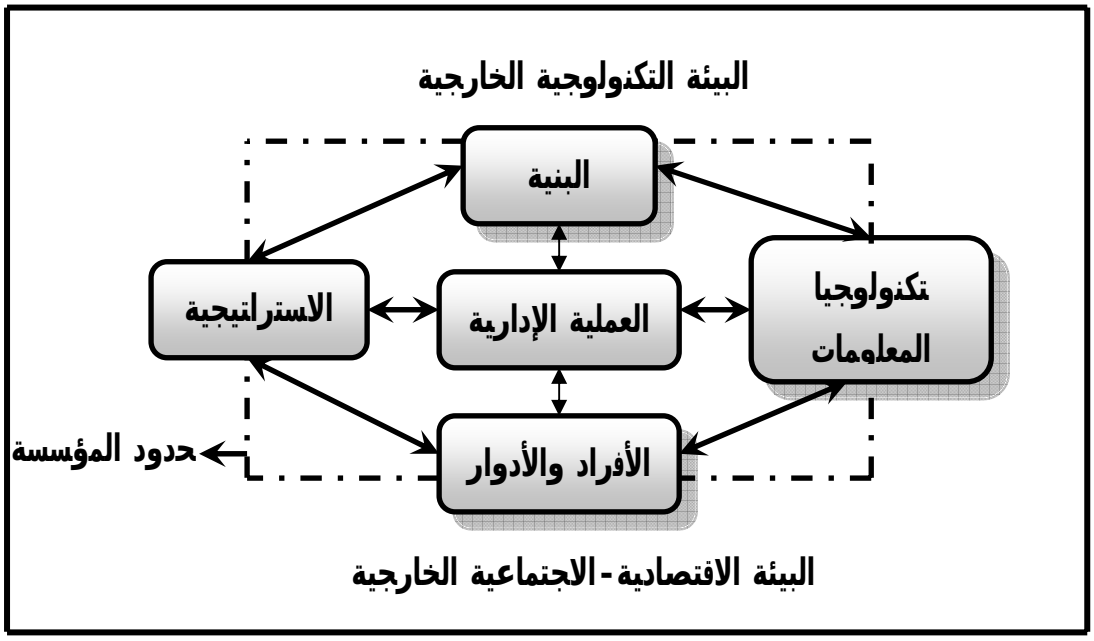
الأعمال الأولى التي تناولت الاستراتيجية نادرا ما كانت تتناول أنظمة المعلومات, ويرجع ذلاك إلى أن هذه الأخيرة لم تكن بذات الأهمية التي تولى إليها اليوم.

(1)- Cécile ROMEYER, ***Op.Cit.***, P4.

في بداية التسعينات قام ***M.Scott-Morton*** بطلب من مؤسسات كبرى بإجراء دراسة تهدف إلى معرفة تأثير تكنولوجيا المعلومات على المؤسسات, وخلص إلى اقتراح إطار عام يمثل تصميما جديدا للمؤسسة, أطلق عليه تسمية ***MIT 90*** (انظر الشكل التالي), يتلخص ما جاء به هذا النموذج في نقطتين رئيسيتين: (1)

- يضع إشكالية نظام المعلومات في إطار أشمل وأوسع حيث يمكن أن يؤثر حتى على عمال وثقافة المؤسسة.
- يركز على التكنولوجيا كعامل رئيسي في اقتحام مفهوم نظام المعلومات لمفاهيم الاستراتيجية, حيث أنها كانت لا تملك أي تأثير استراتيجي حتى ظهور التطورات التكنولوجية التي زادت من حجم التطبيقات المحتملة لها.

الشكل رقم (17): نموذج *MIT 90*.

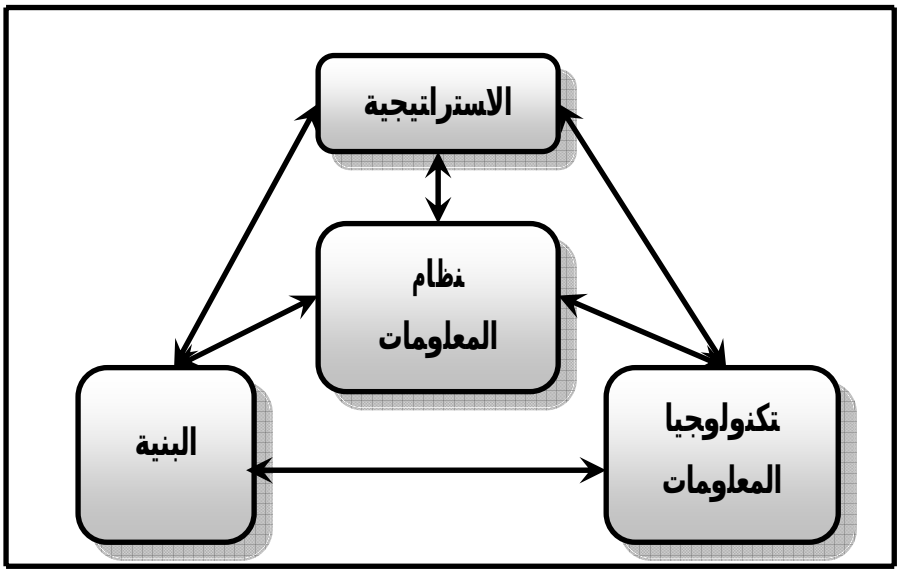


Source: Pascal VIDAL, Philipe PLANEIX, ***Op.Cit***, P126.

وقد قام ***H.Tardieu*** باقتراح نموذج لنظام المعلومات من خلال ما سماه بالمثلث الاستراتيجي (انظر الشكل رقم18). تظهر أهمية هذا النموذج بكونه تجاوز التعارض القائم بين النماذج الاستراتيجية البحتة التي تتجاهل دور نظام المعلومات, وبين النماذج المعتمدة فقط عليه, وتحد بذلك من دور الإستراتيجية(2).

(1)- Pascal VIDAL, Philipe PLANEIX, ***Op.Cit.***, P126.
(2)- Idem., P126.

الشكل رقم (18): المثلث الاستراتيجي.



Source : Pascal VIDAL, Philipe PLANEIX, ***Op.Cit***, P127.

يرى كل من ***Porter*** و ***Millar*** في مقالة نشرت في المجلة الاقتصادية لجامعة ***Harvard*** سنة 1985 والتي تحمل عنوان " ***How Information gives you competitive advantage*** " أو ***كيف تمنح المعلومة ميزة تنافسية***, أن المؤسسة تتأثر بالمعلومة وفق جانبين: (1)

- تأثيرها على سلسلة القيمة, أي على مسار الأنشطة العملياتية (الشراء, الإنتاج, التموين, البيع, البحث والتطوير...), والوظيفية (الموارد البشرية, مراقبة التسيير...).
- تأثيرها على المحتوى المعلوماتي للمنتج أو الخدمة.

إعداد مشروع استراتيجي للمؤسسة الصحية يمكنها من تطوير رؤية شاملة لمستقبلها, وجمع المهنيين والمسيرين حول أهداف موحدة, يعتبر الإطار الذي يتم من خلاله اتخاذ أساليب التجديد والتغيير, وهو يقوم على تحليل الوضعية الحالية, رسم الأهداف المرغوبة, اختيار التوجهات الاستراتيجية, وضع مخططات التنفيذ وتبني الأساليب التقييمية. (2)

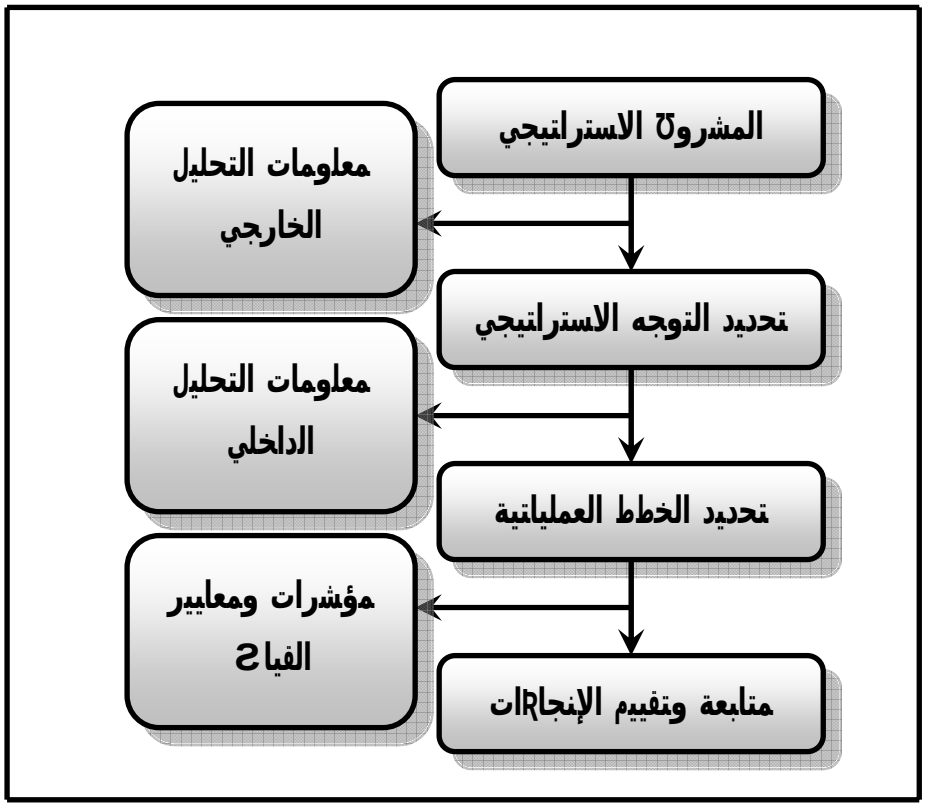
(1)- Marie – Hélène Delmond, Yves Petit, Jean – Michel Gautier, ***Op.Cit.***, P114.
(2)- A.Belghiti ALAOUI***, Op.Cit***, P47.

نظرا لشمولية المشروع الاستراتيجي لكل أقسام المؤسسة, فإنه يحتاج إلى دعم قوي للاتصال بين مختلف المسؤولين على تنفيذه, ويستدعي تبادل مكثف للمعلومات. هذه الأخيرة تكون حصيلة معالجة لمعطيات ذات مصادر مختلفة (انظر الشكل التالي): (1)

1- التحليل الخارجي: النظر إلى المؤسسة الصحية على أنها نظام مفتوح, يجعل من أولوياتها رصد ومتابعة التغيرات التي يحتويها محيطها الخارجي بهدف استقراء المستقبل والتكيف معه قدر الإمكان, ويمكن أن نميز بين:

- **البيئة الديموغرافية** التي تتميز بالتغير وعدم الثبات, يمكن للمؤسسة تحصيل معلومات تفيدها في معرفة مصدر الأمراض وتقدير الخدمات الصحية التي يحتاجها المجتمع (حجم وتوزيع السكان, مستويات الدخل, المستوى التعليمي...) وبالتالي استباق الإجراءات والأساليب العلاجية.

الشكل رقم (19): تأثير نظام المعلومات على المشروع الاستراتيجي للمؤسسة.



Source : Groupe de Modernisation des Systèmes d'Informations Hospitaliers, ***Pilotage des Etablissements de Santé: Projet KIT de Base des Tableaux de Bord***, France, Avril 2006, P4.

(1)- ثامر ياسر البكري, ***مرجع سابق***, ص ص38-45.

▪ **البيئة الاقتصادية** التي تنعكس تغيراتها بشكل واضح على المؤسسة الصحية, من ناحية سوق المستلزمات الطبية, الإمكانيات المادية والمالية, التطور التكنولوجي...الخ.

▪ **البيئة السياسية والقانونية**, لكون القوانين والقرارات التى تتخذها الدولة حيال الخدمات الصحية المقدمة تفرض على المؤسسة الصحية التحرك ضمن التوجهات السياسية العامة.

▪ **البيئة التكنولوجية**, حيث يجب على المؤسسة أن تحاول دائما التكيف مع التطورات العلمية والتقنية في المجال الصحي, واكتساب الأساليب العلاجية والتشخيصية الحديثة, خاصة منع ظهور الطب عن بعد ***Télémédecine*** الذي يشكل ثورة في عالم الخدمات الصحية.

▪ **البيئة التنافسية**, تشمل مجموعة المتغيرات التي يمكن أن تؤثر على الموقع التنافسي للمؤسسة من حيث حصتها السوقية من المرضى, وقدرتها على المحافظة على الوضع القيادي في تقديم خدمات ذات جودة عالية.

2- التحليل الداخلي: المؤسسة الصحية كغيرها من المؤسسات الاقتصادية الأخرى, تمتلك نقاط قوة وأوراق نجاح تمكنها من الاستمرار والتطور, ونقاط ضعف تشكل مصدر خلل مستمر بسبب انعكاسها على الأداء العام. التحليل الداخلي يقوم على رصد هذه النقاط من خلال تحليل مختلف وظائف المؤسسة: الموارد البشرية, المالية, المادية والمعلوماتية.

كما يمكن لنظام المعلومات أن يؤثر على إستراتيجية المؤسسة من خلال: (1)

▪ توفير إشارات مبكرة لحدوث المشاكل داخليا وخارجيا, والتي تساعد بدورها على القيام بالتحليل الاستراتيجي, فضلا عن مساعدة المدراء على التنبؤ بالفرص والتهديدات المحتملة.

▪ توفير المعلومات الضرورية لاتخاذ القرارات الاستراتيجية.

فضلا عن توفير المعلومات اللازمة للتحليل الاستراتيجي الداخلي والخارجي, يمكن لنظام المعلومات أن يؤثر على إستراتيجية المؤسسة من خلال تحديد توجهاتها الاستراتيجية, حيث تعتمد أغلب المؤسسات في يومنا هذا إن لم نقل جميعها على أنظمة المعلومات في صياغة إستراتيجيتها باعتبارها أداة للتميز, وفيما يلي أهم هذه التوجهات الناتجة عن تأثير أنظمة وتكنولوجيا المعلومات: (2)

▪ **التجديد:** يستخدم أصحاب هذا التوجه المعلومات كميزة تنافسية ويركزون على الاستثمار في التكنولوجيات المتطورة, تتميز هذه الإستراتيجية بارتفاع درجة المخاطرة. (3)

---

(1)- حسن علي الزعبي, ***نظم المعلومات الاستراتيجية: مدخل استراتيجي***, دار وائل للنشر, 2005, ص126.

(2)- Marie – Hélène Delmond, Yves Petit, ***Op.Cit***., P115.

(3)- نجحت بعض المؤسسات بعد تبنيها هذه الإستراتيجية مثل ***Dell*** (البيع المباشر للمنتجات الالكترونية) و ***Alapage*** (مكتبة الكترونية), فيما فشلت أخرى مثل ***Banque Directe*** (أحد أول البنوك الالكترونية) وقد تم شراؤها من قبل مجموعة ***BNP-Paribas*** بسبب نتائجها السلبية.

▪ **المتابعة:** يتردد أصحاب هذا التوجه في استغلال التكنولوجيات الجديدة للإعلام والاتصال وينتظرون نضج التقنيات الجديدة وشيوع استخدامها قبل تبنيها واتخاذ قرار بالشروع في استثمارات مهمة.

▪ **المقاومة:** يتأخر أصحاب هذا التوجه في تبني التكنولوجيا بالرغم من التطور التقني والمعلوماتي في المجال الذي تنتمي إليه المؤسسة.

إذا أرادت المؤسسة الاستفادة من التطورات التكنولوجية وتسخيرها لفائدة تحسين أدائها, عليها أن تفكر أولا في إعادة تصميم نظام المعلومات الحالي بما يتوافق مع التغييرات المراد إجراؤها, مما يؤثر على جوانب مختلفة أثارها ***C.Chartier-Kastler*** في ثلاثة مجموعات: (1)

▪ تغيير في أدوات العمل.
▪ تغيير في إجراءات وأساليب العمل.
▪ تغيير في تنظيم أقسام ومصالح المؤسسة.

مما سبق ندرك أن نظام المعلومات ليس بنية جامدة, لذا وجب على المؤسسة أن تسعى باستمرار لإيجاد التوافق الأمثل بينه وبين إستراتيجيتها, عملياتها, بُناها وكوادرها, فضلا عن الاستفادة من التطورات التكنولوجية التي يشهدها محيطها.

3-1-2- الاصطفاف الاستراتيجي لنظام المعلومات:

يقدم الإعلام الآلي منتجات وخدمات داعمة لمختلف أنشطة المؤسسة. مثل جميع وظائف المؤسسة, يجب على إدارة نظام المعلومات أن ترسي إستراتيجية خاصة بها, آخذة بعين الاعتبار تموقع منتجات الإعلام الآلي بالنسبة للمنافسين في سوق التقنيات المعلوماتية, مثلما هو الحال بالنسبة لخطوط منتجات النشاط يمكن أن يكون منتج الإعلام الآلي ذا نوعية دنيا مقارنة بمنتجات المنافسين ويحتاج إلى تحسينات سريعة, وقد يكون في وضعية مسيطرة لكونه قد أصبح منتجا مرجعيا في السوق المعلوماتي. يمكن أن تقسم المنتجات التي يوفرها الإعلام الآلي إلى: (2)

▪ منتجات الميزة التنافسية, تشمل التطبيقات المبتكرة من طرف المؤسسة والتي لا يملكها المنافسون.

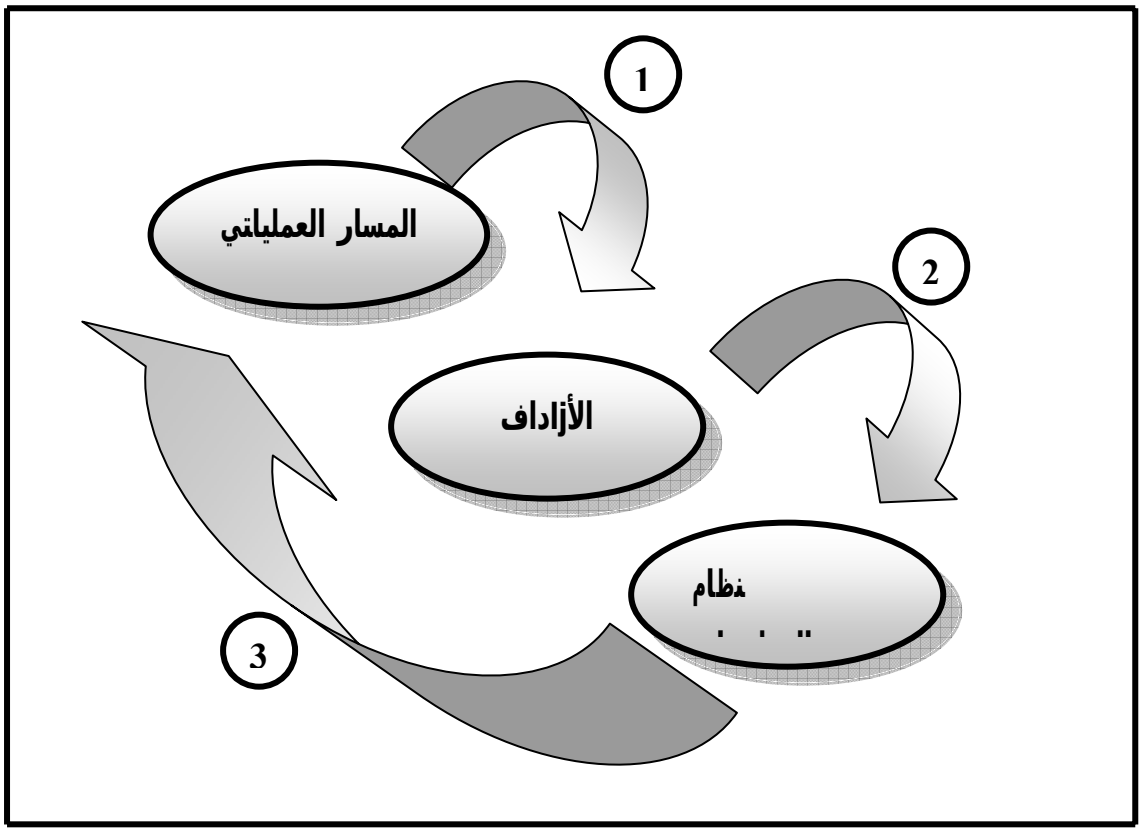
▪ منتجات ضرورية لمواجهة المنافسين, وهي تشكل الجزء الأهم في استثمارات تطبيقات الإعلام الآلي, لكونها تسمح بدوران منظم للمعلومة بين المصالح والأنشطة الرئيسية, رغم أنها لا توفر فرصة للتميز على المنافسين.

(1)- Marie – Hélène Delmond, Yves Petit, Jean – Michel Gautier, ***Op.Cit.***, p118.
(2)- Michel MINGASSON, ***Op.Cit***, P14.

▪ منتجات لا تقدم أي قيمة مضافة في المجال التنافسي, تتضمن تنظيم نموذجي للمسارات العملياتية التالية: المحاسبة والمالية, إدارة الموارد البشرية, صيانة التجهيزات, إدارة الجودة و إدارة المشاريع.

يجب أن يكون التوجه الاستراتيجي لنظام المعلومات متوافقا وملائما لذلك الخاص بالمؤسسة, ولبلوغ هذا الهدف ظهر نموذج الاصطفاف الاستراتيجي لنظام المعلومات (انظر الشكل التالي), لصاحبه البروفيسور ***N.Venkatraman*** من جامعة ***Boston***, حيث يرى أن الاصطفاف وحده قادر على جعل نظام المعلومات رافعة حقيقة لإستراتيجية المؤسسة, من خلال تقديم مخرجات تكون في مستوى متطلعات مستخدميها. (1) يعرف الاصطفاف الاستراتيجي على أنه: " مجموعة من المراحل تهدف إلى التوفيق بين اشتغال نظام المعلومات وإستراتيجية المؤسسة, بهدف تقوية القيمة المضافة لنظام المعلومات وجعله مصدر قوة للمؤسسة ".(2)

الشكل رقم (20): الاصطفاف الاستراتيجي لنظام المعلومات في المؤسسة الصحية.



Groupe pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier, ***Guide méthodologique pour l'alignement stratégique du Système d'Information des Etablissements de Santé***, France, 2003, p8.

(1)- Michel MINGASSON, ***Op.Cit***, P15.
(2)- Groupe pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier, ***Alignement stratégique du système d'information: Définitions des concepts et méthodologie appliquée à l'étude***, France, 2003, p10.

من خلال الشكل أعلاه, يمكن أن نميز بين ثلاثة أنواع من العلاقات التي تربط بين مختلف عناصر الاصطفاف الاستراتيجي:

❶ - **العلاقة: أزاداف إستراتيجية / المسار العملياتي:** تتضمن الإجراءات التالية:

- تحديد المحاور الاستراتيجية للمؤسسة الصحية,
- تحديد مجالات عمل هذه المحاور عملياتيا,
- تحديد أثرها على المسارات العملياتية.

❷ - **العلاقة: المسار العملياتي / نظام معلومات:** تتضمن الإجراءات التالية:

- تحديد المسارات العملياتية المستهدفة.
- تحديد وظائف نظام المعلومات التي تدعم هذه المسارات.
- تحديد الاحتياجات التي يغطيها نظام المعلومات (التحسينات المنتظرة).

❸ - **العلاقة: نظام المعلومات / الأزاداف:** تتضمن الإجراءات التالية:

- تحديد المهام ذات الأولوية لنظام المعلومات بالتوافق مع إستراتيجية المؤسسة الصحية.
- خلق مؤشرات قياس بلوغ الأهداف.

يقوم هذا التحليل على إرساء إستراتيجية نظام المعلومات انطلاقا من إستراتيجية النشاط, وجعل مخرجاته تستجيب للمتطلبات الإستراتيجية. حيث يقوم المسؤولين عن إدارته بجعله يوفر الخدمات اللازمة لاشتغال المسارات العملياتية التي تحددها الإستراتيجية.

إن ظهور فوارق الاصطفاف ينبئ بوجود عدم توافق بين استراتيجيات النشاط وتلك المتعلقة بنظام المعلومات, ما يستدعي القيام بتحليل مقارن ومعمق لأنشطة المؤسسة ونظام المعلومات الخاص بها, يقوم على تحديد الخلل الذي يسبب عدم التوافق بين متطلبات الإستراتيجية وعرض الإعلام الآلي.(1)

3-2- تأثير نظام المعلومات على المسار العملياتي:

لمعرفة تأثير نظام المعلومات على المسار العملياتي, نتناول الإطار النظري لهذا الأخير ثم الدور الذي يلعبه نظام المعلومات في تحسينه.

3-2-1- المسار العملياتي:

عرف ***P. Lorino*** المسار العملياتي على أنه: " مجموعة من الأنشطة المترابطة فيما بينها, تهدف إلى تقديم منتج مادي أو غير مادي محدد مسبقا ". (2) فيما عرف من قبل ***Romeyer*** على أنه: " مجموع الأنشطة المترابطة فيما بينها بتدفق معلوماتي ".(3)

(1)- Michel MINGASSON, ***Op.Cit.***, P17.
(2)- Lorino P, ***Le Déploiement de la Valeur par les Processus***, Revue Française de gestion, Juin 1995, pp55-71.
(3)- Cécile ROMEYER, ***Op.Cit***, P5.

وقد عرفه المعيار ***ISO 9000*** على أنه: " مجموعة من الأنشطة المترابطة أو المتفاعلة فيما بينها, تهدف إلى تحويل عناصر المدخلات إلى عناصر مخرجات "(1), أي أنها طريقة أداء عمل معين بهدف الوصول إلى النتائج المرجوة.

وفى المؤسسات الصحية تنطبق الكثير من الأنشطة على هذا التعريف, يؤثر عليها نظام المعلومات وفق جوانب عديدة: تنظيم العمل, متابعة المتغيرات المخبرية, مراحل العلاج (منذ تحرير الوصفة الطبية حتى تنفيذها), الإجراءات العلاجية...الخ. تتمثل الميزات الأساسية لتحديد المسارات العملياتية الرئيسية في المؤسسة الصحية في:(2)

- توفير وصف دقيق لتنظيم واشتغال المؤسسة الصحية من خلال توضيح المسؤوليات داخل المسارات المختلفة.
- جعل المريض الاهتمام الرئيسي لمختلف العاملين.
- تسهيل التبادل بين مختلف مكونات المسار الواحد فضلا عن تحديد مساهمة كل مكون في التكفل بالمريض.
- ضمان رؤية عرضية للمؤسسة.
- مساعدة المؤسسة على معرفة احتياجاتها الحقيقية.
- المساهمة في إعداد نظام فعال لاتخاذ القرارات.

تعتمد إدارة المسار العملياتي على مقاربة عرضية للمؤسسات الصحية, وتقوم على مبدأ يعتبر هذه الأخيرة مشكلة من سلسلة من الأنشطة المرتبطة ببعضها, تسمح بإنتاج الخدمة الصحية وتقديمها بطريقة متناسقة وبنيوية, الهدف من هذه المقاربة هو التحكم في الأداء ومن ثم جعله أكثر فعالية, تحسين النتائج من خلال تطوير المهارات وتقييم التغييرات المتبعة, يقدم المسار العملياتي نشاط المؤسسة الصحية على شكل نمط عملي وليس تنظيمي, فهو لا يعبر عنه من خلال نموذج مثالي ولكن من خلال انعكاسات الواقع الذي يترجم تعقيدات الإنتاج الصحي, حيث أنه يصف الموجود – ولو تضمن أخطاء – وليس وضعية نظرية مرغوبة, ورغم ذلك يبقى المسار العملياتي لا يمثل سوى صورة غير كاملة للحقيقة.(3)

يمكن أن نميز بين الأنواع التالية للمسارات العملياتية:(4)

- **المسار العملياتي الرئيسي:** يشمل الأنشطة المرتبطة مباشرة بعملية التكفل بالمريض وعلاجه (الاستقبال, الإجراءات التشخيصية, الفندقة,...).

(1)- Claude VILCOT, Hervet LECLET, ***Op.Cit.***, P25.
(2)- Cécile ROMEYER, ***Op.Cit.***, P6.
(3)- VILCOT, Hervet LECLET, ***Op.Cit.***, P25.
(4)- Agence Française de la Normalisation, ***Indicateurs Qualité en Santé : Certification et Evaluation des Pratiques Professionnelles***, Paris, 2006, P26.

- **المسار العملياتي الخاص بالدعم:** يشمل الأنشطة التي لا تخلق قيمة مضافة مدركة مباشرة من قبل المريض, لكنها ضرورية للاشتغال الجيد لوظائف المؤسسة واستمراريتها (التموين, الصيانة, إدارة المعلومات, التكوين المهني,...).
- **المسار العملياتي الخاص بالقيادة:** يشمل الأنشطة الإدارية التي تؤثر مباشرة على اشتغال المؤسسة, والتي تسمح بتوجيه المسارات العملياتية الرئيسية والداعمة وضمان تناسقها وترابطها. (الاختيار الاستراتيجي, إدارة الجودة, الرقابة الداخلية, تسيير الموارد البشرية,...).

في المجال الصحي تكون المسارات العملياتية أكثر تعقيدا في بعض الأحيان, ما يؤدي إلى تداخل مهام المسارات ببعضها البعض نتيجة عدم تماثل وتناسق مكونات النشاط الصحي, لذا يجب تجزئتها إلى مهام بسيطة وتنظيم التسلسل فيما بينها, وتختلف أنماط التسلسل (انظر الشكل التالي), حيث هناك: (1)

- **المسارات العملياتية المتتالية**, يكون فيها الوصول إلى النتيجة النهائية (هدف المسار) عبر مراحل متسلسلة, حيث نهاية إحداها تكون بداية لأخرى.
- **المسارات العملياتية ذات الاتجاه الواحد**, لا ترتبط ببعضها البعض بطريقة مباشرة لكن هدفها مشترك.
- **المسارات العملياتية المتزامنة**, تتم في نفس الوقت وتخدم غاية مشتركة, تجمع بين ميزتي التسلسل والاتجاه الواحد.

3-2-2- دور نظام المعلومات في تحسين المسار العملياتي:

يتم الحكم على فعالية المسار العملياتي من خلال مجموعة من المؤشرات (انظر الشكل رقم22), منها ما يرتبط بسير المسار العملياتي نفسه, ومنها ما يتعلق بمنتجه النهائي, فضلا عن تلك المتعلقة باستخدام الموارد وتلبية طلبات الزبائن.

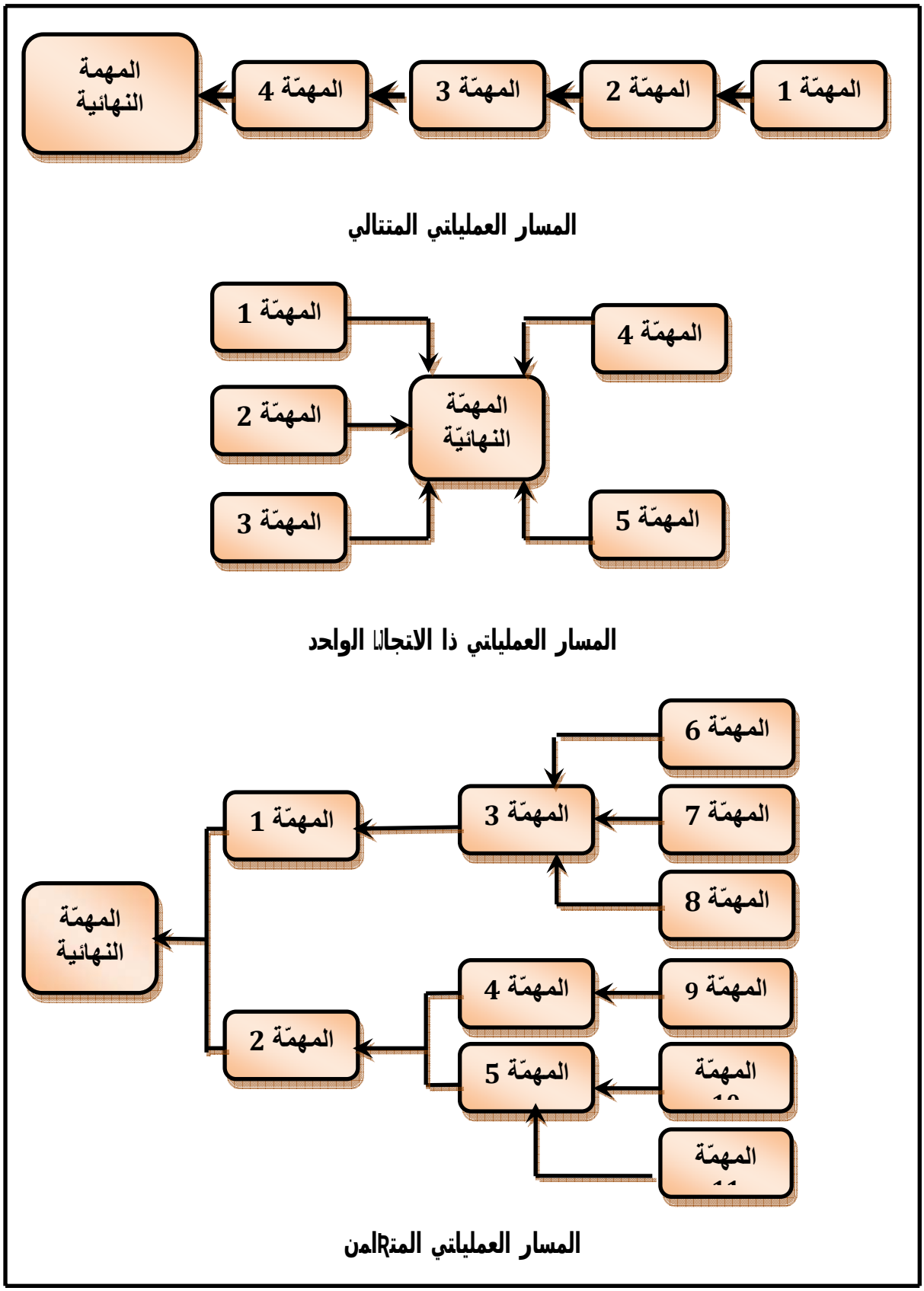
يتضمن تحسين المسار العملياتي: (2)

- تخفيض نسب التباين والاختلاف في المهام المؤثرة على الجودة.
- تخفيض عدد الأنشطة التي لا تملك قيمة مضافة داخل المسار العملياتي.
- تبسيط المهام وتنميط التسلسل بينها.

تقييم تأثير نظام المعومات على المسار العملياتي يقوم على مقاربة نوعية وصفية, لأن التغييرات تكون في أغلب الأحيان غير ملموسة وصعبة التقدير, لكنها قابلة للإدراك والملاحظة من قبل الفريق العامل.

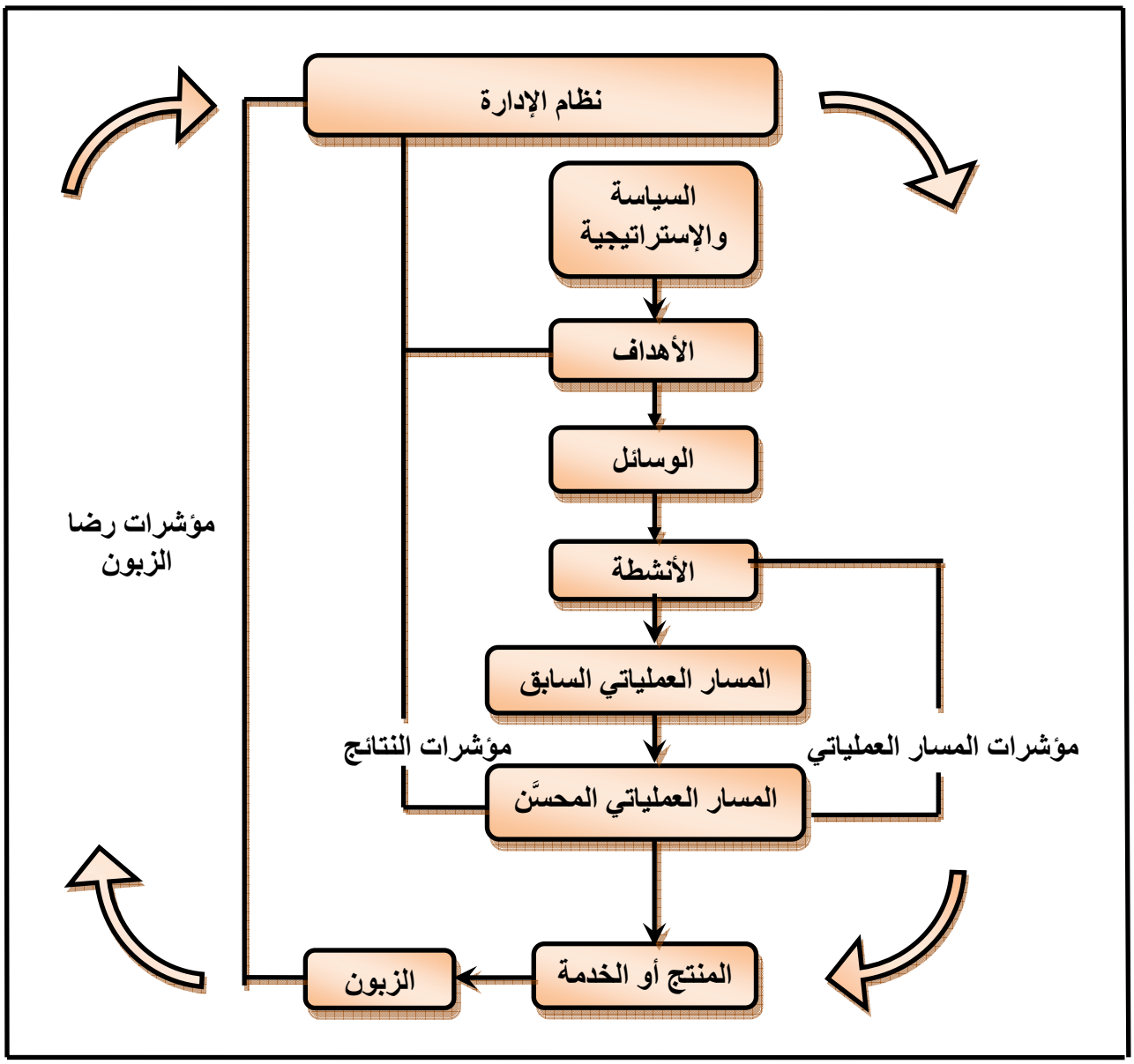
(1)- Agence Française de la Normalisation, ***Op.Cit,*** P27.
(2)-***Idem***, P29.

الشكل رقم (21): الأشكال المختلفة لتسلسل المسار العملياتي



Source: Agence Française de la Normalisation, ***Op.Cit***, p28.

الشكل رقم (22): مؤشرات الحكم على فعالية المسار العملياتي



Source: Claude VILCOT, Hervet LECLET, ***Op.Cit***, P32.

يوفر نظام المعلومات المعطيات اللازمة لصياغة مؤشرات تقييمية حول: (1)

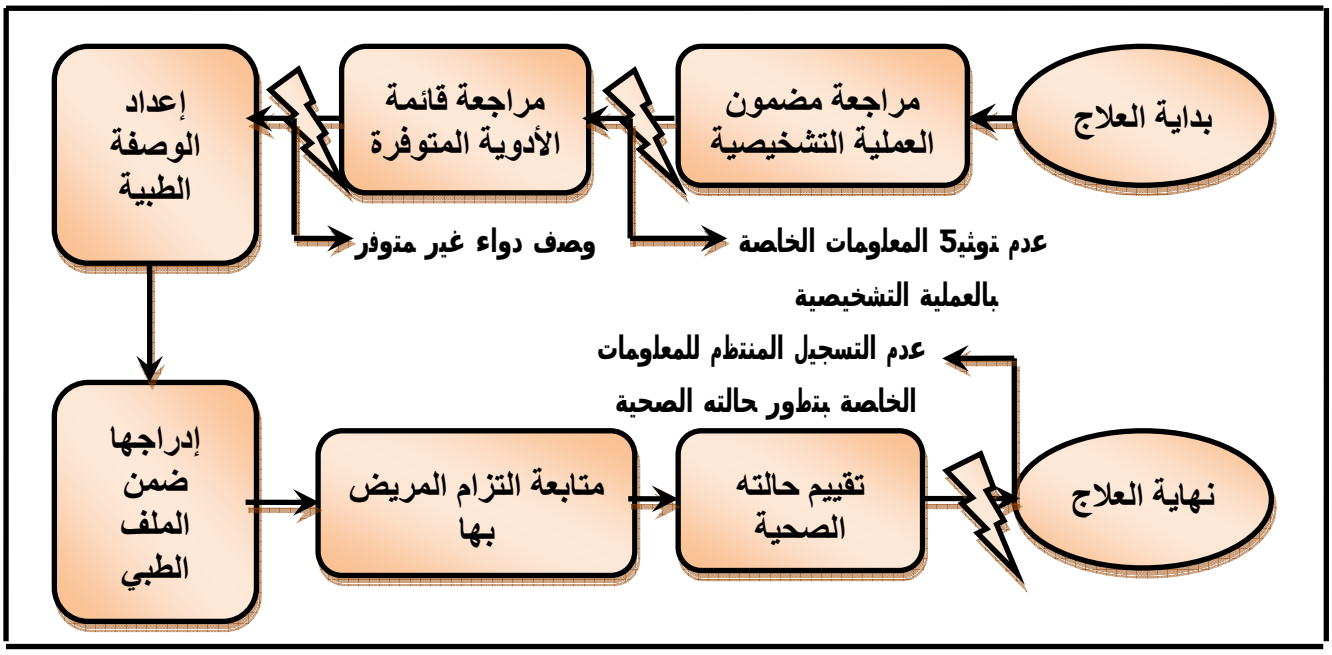
- مستوى الجودة المبدئي للمسار العملياتي.
- التحديد النوعي والكمي للأهداف المنتظرة.
- قياس تطور المسار العملياتي والتغييرات الحاصلة عليه.

(1)- Agence Française de la Normalisation, ***Op.Cit,*** p19.

إذا أخذنا على سبيل المثال " التقرير النظامي لعدد حوادث التخدير ", إعداده يحتاج إلى جمع المعطيات ذات الصلة ثم معالجتها وتنظيمها في شكل مؤشرات ومقاييس تسمح بمتابعة تطور الأمن التخديري عبر الزمن, وقت الانتظار المتوسط في مصالح الاستعجالات وفعالية الإجراءات المتخذة لتفادي حوادث التخدير.

الشكل التالي يمثل مسارا عملياتيا يصف مراحل تقديم الوصفة العلاجية للمريض, نقوم من خلاله برصد تأثير غياب نظام معلومات يعالج وينشر بفعالية المعطيات الضرورية على عملية علاج المريض.

الشكل رقم (23): تأثير نظام المعلومات على المسار العملياتي.



Source : ***les Méthodes et les Outils de la Qualité en Santé***, http://www.univ-lille2.fr, le 12/12/2006.

من خلال الشكل نلاحظ أن:

- عدم تسجيل المعلومات المتعلقة بالإجراء التشخيصي للمريض يؤدي إلى التأخر في وصف العلاج.
- عدم تنظيم المعطيات الخاصة بأصناف الأدوية المتوفرة ومعالجتها (وضعها في قائمة وترميزها حسب التخصص), وسوء التدفق المعلوماتي بين قسم الصيدلة والقسم الذي يعالج فيه المريض, أدى إلى وصف دواء غير موجود.
- عدم التسجيل المنتظم للمعلومات الخاصة بتطور حالة المريض, يؤخر خروجه ويتسبب في عراقيل إدارية (الملف الطبي), فضلا عن عدم القدرة على تقييم المسار العملياتي.

بصورة عامة يظهر تأثير أنظمة المعلومات على المسارات العملياتية للمؤسسة وفق ثلاثة جوانب رئيسية: (1)

- **خفض التكاليف:** انخفاض تكاليف التشغيل كان المحفز الأساسي للمؤسسات لتطوير أنظمة المعلومات الخاصة بها, ويترجم ذلك أتمتة الأعمال اليومية بهدف اختصار الوقت وإلغاء التكرار. وفي يومنا هذا ومع تطور التكنولوجيا وتطبيقاتها, أصبحت المؤسسات تستعين بأنظمة معلومات جد معقدة لتخفيض التكاليف.
- **خلق القيمة المضافة:** تنظر الكثير من المؤسسات (التي تتبنى التجديد والابتكار بصفة خاصة) إلى أنظمة المعلومات كمورد استراتيجي يسمح بزيادة القيمة المضافة.
- **تغيير تنظيم المسار العملياتي:** لتحقيق ذلك تم إخضاع أنظمة المعلومات لمجموعة من التغييرات التقنية المعقدة بإدخال برمجيات معقدة مثل ***Reengineering**** الذي يقوم بالتحويل الجذري للأنشطة والمسارات العملياتية.

3-3- تأثير نظام المعلومات على رضا المرضى والعاملين:

3-3-1- تأثير نظام المعلومات على رضا المرضى:

يهدف علاج المريض إلى تحسين حالته الصحية, ولا يمكن تحقيق ذلك دون الاستجابة لتطلعاته واحتياجاته, وبالتالي الوصول إلى إرضائه. لذلك يجب على المؤسسات الصحية أن تسعى باستمرار إلى تقييم درجة رضا زبائنها, لما له من أهمية خاصة في ترقية التكفل بالمريض التي لا تعتمد فقط على الجوانب التقنية, حيث أصبحت منظمات الاعتماد الصحي تفرض على المؤسسات قياس رضا الزبائن, وتبرر ذلك بما يلي:

- التواصل مع الزبائن وعائلاتهم.
- تقييم أرائهم من أجل التحسين.
- الحصول على ملاحظاتهم حول النقاط السلبية.

ويعبر مفهوم رضا الزبون عن ظاهرة إدراكية نفسانية معقدة, ولتحديده يجب الإجابة على أسئلة من النوع التالي:

- ما هي الصورة التي يحملها الزبون عن رضاه ؟
- كيف يفهم رضاه الخاص ؟

---

(1)- Marie – Hélène Delmond, Yves Petit, Jean – Michel Gautier, ***Op.Cit.***, P116.

* يقصد به تغيير أساسي وإعادة تعريف جذري للمسارات العملياتية بهدف الحصول على منافع كبيرة فيما يخص معايير الفعالية التي تمثل التكلفة, الجودة والسرعة.

- ما هو تأثير المتغيرات الاجتماعية, الثقافية والديموغرافية على الرضا ؟
- ما هي النظرة الإدراكية والشعورية التي يملكها مقدموا الخدمة عن رضا زبائنهم ؟

هناك عوامل مختلفة تؤثر على العلاقة بين الرضا وبين الخدمة المقدمة, بعضها يرتبط بالمستفيدين من هذه الأخيرة ومقدميها والآخر بالخدمة نفسها والنتائج المترتبة عنها: (1)

- الهيكل الاجتماعي الديموغرافي للمريض: السن, مستوى التعليم, التركيبة العائلية, الطبقة الاجتماعية, الدخل, العلاقات الاجتماعية...الخ.
- حالته الصحية الجسدية والنفسية ودرجة استقلاليته.
- احتياجاته, توقعاته ومتطلباته المعلنة وغير المعلنة, وهي ذات طبيعة تقنية, طبية, نفسية ومادية.
- البنية العلاجية, إتاحتها الجغرافية وخصائصها التقنية.
- مصادر التمويل وتكاليف العلاج.
- المسار العملياتي العلاجي نفسه, خصائصه التقنية والعلاقاتية لمهنيي الصحة, مؤهلات الفريق المعالج, وضوح المعلومات, نوعية الاتصال واستمرارية العلاج.
- النتائج المنتظرة والمرغوبة.

لتحسين جودة الخدمة الصحية يجب التركيز على العوامل التي تساهم في زيادة رضا الزبائن, لكن يبقى الحكم صعبا عن تلك المتعلقة بقيمه الخاصة, ولتجاوز ذلك على المهنيين أن يركزوا على بناء الثقة بينهم وبين زبائنهم, ويعتبر نظام المعلومات أحد هذه العوامل حيث يؤثر على رضا المريض من ناحيتين:

1- تحسين جودة الخدمة المقدمة له:

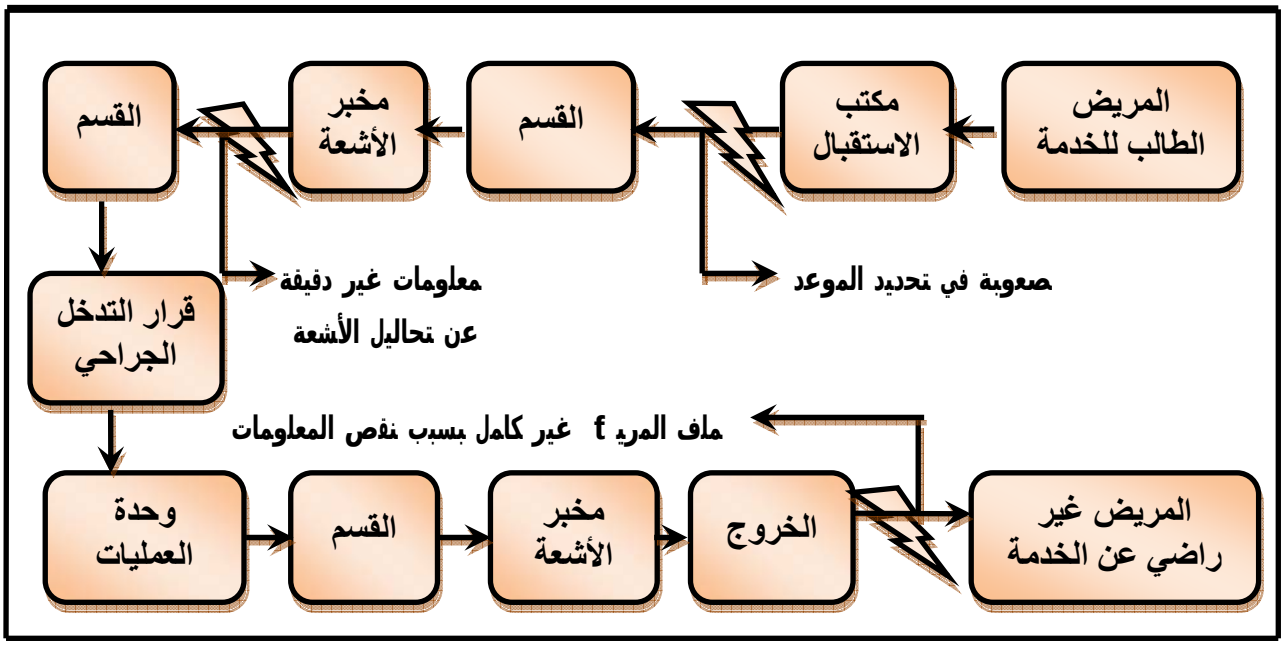
لا يؤثر نظام المعلومات بصفة مباشرة على رضا المريض من هذا الجانب, إنما بطريقة غير مباشرة من خلال تحسين جودة الرعاية المقدمة له من جميع جوانبها. الشكل رقم 24 يوضح كيف أن عدم توفر المعلومات المناسبة في الوقت المناسب يؤثر على سير المسار العملياتي لعملية جراحية, وبالتالي الانعكاس سلبا على رضا المريض وتلبية احتياجاته, ويمكن تسجيل الملاحظات التالية:

- عدم معالجة المعطيات الخاصة بالمريض في مكتب الاستقبال (جنسه, سنه, نتائج التشخيص...), و عدم إرسالها إلى مصلحة تحديد المواعيد الخاصة بالتدخل الجراحي, أدى إلى إعاقة تحويل المريض إلى مخبر الأشعة.
- المعالجة غير الدقيقة للمعطيات الخاصة بتحاليل الأشعة أدت إلى حدوث خلل في التكفل بالمريض, وبالتالي التأثير على قرار التدخل الجراحي فيما بعد (التأخر في اتخاذه أو اتخاذه بناءا على معطيات خاطئة).

(1)- Claude VILCOT, Hervet LECLET, ***Op.Cit.***, P99.

▪ التدفق المعلوماتي السيئ بين القسم الذي يعالج فيه المريض ومكتب الخروج أدى إلى الحصول على ملف طبي غير كامل وبالتالي تعطيل عملية خروجه من المؤسسة.

الشكل رقم (24): نظام المعلومات وتأثيره على عملية التكفل بالمريض.



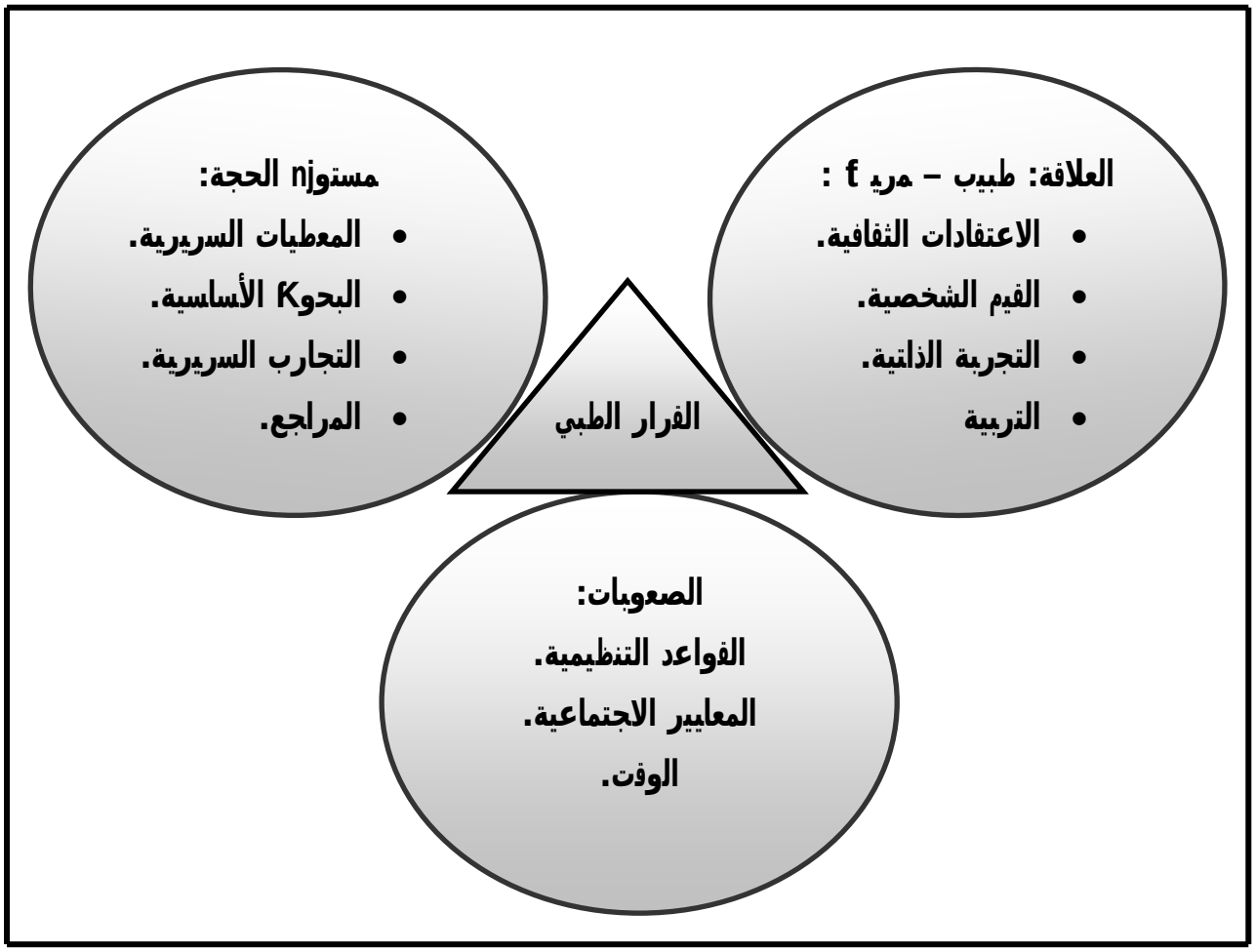
Source : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale, ***Mise en Place d'un Programme d'Amélioration de la Qualité dans un Etablissement de Santé : Principes Méthodologiques***, Service Evaluation Hospitalière, France, Octobre 1996, p19.

إن توفير المعلومات اللازمة عن الوضعية الصحية للمريض (السوابق المرضية, نتائج التحاليل والفحوصات...) للفريق المعالج, يؤثر على دقة القرارات العلاجية وبالتالي على صحة المريض. (1)

وللقرار الطبي تأثير مباشر على حياة المريض وحالته الصحية, لذا يجب توفير كل الدعائم التي تلزم لاتخاذه بالدقة المطلوبة, وتعتبر المعلومات أحد أهم هذه الدعائم. فالطبيب كغيره من أفراد الكادر الإداري والعملياتي, يحتاج باستمرار للحصول على المعلومات من مصادرها المختلفة.(2)

(1)- M. Jean-Jacques JEGOU, ***L'Informatisation dans le Secteur de la Santé***, Rapport N°62 de la Commission des Finances, du Contrôles Budgétaires et des Comptes Economiques, France, 2005, p12.
(2)- Jean-Marc TOURREILLES, ***Op.Cit***, P11.

الشكل رقم (25): القرار الطبي حسب *J.M. CHABOT*



Charles HONNORAT, Jacques BOUGET, ***La Démarche Qualité en Médecine, Module "Apprentissage de l'exercice médical"***, Faculté de Médecine de Rennes, 23 Février 2004, P3.

وقد ظهر مفهوم ***Evidence Based Medicine*** " ***الطب القائم على البرهان*** " ليؤكد على ضرورة اعتماد القرار الطبي على معلومات في غاية الدقة, وهو يقوم على مبدأين رئيسيين: (1)

- القرار السريري يجب أن يعتمد على تحليل دقيق لحالة المريض, ووفقا لمعارف موضوعة بصرامة.
- يجب تقدير مزايا ومخاطر كل اختيار تشخيصي بالنسبة لكل مريض بأكثر دقة ممكنة.

2- إعلامه بطريقة علاجه:

إن التطور العلمي والتقني الذي يشهده العالم, وظهور وسائل التكنولوجيات الحديثة التي توفر المعلومات بكميات هائلة, أثرت على القدرات العقلية للإنسان ونمّت مكاسبه الفكرية.

(1)- Charles HONNORAT, Jacques BOUGET, ***Op.Cit.***, P3.

وكان للمجال الطبي نصيبه من هذا التحول الذي أدى إلى ظهور فكرة الإنتاج المشترك, فالمريض لم يعد ذلك الشخص الذي يطلب فقط الشفاء وتحسين وضعه الصحي, بل أصبح يطلب معلومات أكثر حول طريقة علاجه وطبيعة الأدوية التي توصف له وتأثيراتها الجانبية, لأنه يملك رصيدا معرفيا يمكنه من مناقشة طبيبه وحتى رفض الإجراءات التي لا تقنعه, ويظهر ذلك بصفة جلية في البلدان المتطورة التي يكون فيها ارتفاع لمستوى التعليم ونسبته, وتوفير المعلومات المناسبة للمريض عن تفاصيل التكفل به, يحتاج إلى توثيق دقيق للمعطيات التي تخصه, منذ دخوله إلى المؤسسة وحتى خروجه منها, ما يوفر جوا من الثقة ويسهل استجابة المريض للعلاج.

3-3-2- تأثير نظام المعلومات على رضا العاملين:

يمثل تسيير العاملين أحد الوظائف الإدارية الرئيسية, حيث يشكل الاستثمار الجيد لرأس المال البشري مكونة جوهرية في التقدم والنمو الذي تسعى إليه كل مؤسسة. أحد الأدوار الأساسية التي يقوم بها نظام المعلومات في هذا المجال هي جمع المعطيات الخاصة بكل عامل, المتعلقة بتاريخه المهني, مهاراته وقدراته العملية, فضلا عن تلك الخاصة بدوره في المؤسسة ومساهمته في خلق القيمة المضافة.

لقد أصبحت إدارة الموارد البشرية تعتمد بشكل كبير على أنظمة المعلومات, وذلك لما توفره هذه الأخيرة من حلول موجهة للاستغلال الفعال لرأس المال البشري وتحقيق رضاه, وذلك من خلال: إدارة الأجور, الاستقطاب والتوظيف, التدريب و تقييم الأداء.(1) إن أنظمة المعلومات تمنح لمهنيي الصحة الفرصة لتحسين ممارسة مهامهم, من خلال توفير أدوات دعم القرارات (قواعد المعلومات خاصة بالأدوية, مرجعيات تتعلق بالممارسات النموذجية...), فضلا عن الاستفادة من خبرات الآخرين بالاستفادة من المزايا التي يوفرها العمل الجماعي عبر الشبكات.(2)

كما يظهر رضا العامل من خلال منحه فرصة للإبداع والمبادرة, وهذا ما تساهم في كشفه للمسير المعطيات التي توفرها مختلف وظائف إدارة الموارد البشرية من خلال:(3)

- الكشف عن الطاقات والقدرات الكامنة وغير المستغلة لدى العاملين بمختلف وظائف وأنشطة المستشفى, فقد تكون المعلومات التي يوفرها تقييم أدائهم سببا رئيسيا في إعادة تقييم العمل وتوزيع الأعباء والمسئوليات والأدوار بين شاغلي الوظائف المختلفة بما يكفل الإفادة من الطاقات والقدرات البشرية غير المستغلة.

(1)- رعد حسن الصارن, ***صناعة التنمية الإدارية في القرن الواحد والعشرين***, دار الرضا للنشر, سوريا, 2002, ص253.
(2)- M. Jean-Jacques JEGOU, ***Op.Cit.***, p20.
(3)- عبد العزيز مخيمر, محمد الطعامنة, ***مرجع سابق***, ص79.

▪ تحسين وتطوير أداء العاملين, حيث تمثل المعلومات المتوفرة من التقييم الأساس الواقعي الذي يجب أن تبدأ منه جهود التطوير المهني والإداري, فمن خلال هذه المعلومات يمكن للمديرين والمشرفين اكتشاف جوانب الضعف والقصور في كفاءة مرؤوسيهم وتحديد نوع ومدى التوجيه اللازم لتنمية مهاراتهم وتقويم سلوكهم وسد جوانب النقص في كفاءاتهم. هذا إلى جانب أن نتائج تقييم الأداء تظهر للعاملين مجالات النقص والضعف التي يعانون منها حتى يسعوا إلى تقوية هذه الجوانب بجهودهم الذاتية أو من خلال المشاركة في البرامج التدريبية الملائمة لظروفهم, أو من خلال مساعدة رؤسائهم. ويقوم نظام معلومات إدارة الموارد البشرية بعدة مهام منها: (1)

▪ **الأجور:** من أهم واجبات المؤسسة أمام مستخدميها هو الإدارة الجيدة لأجورهم, لأن ذلك يمثل مصدر ثقة أساسي بالنسبة للعاملين اتجاه مسيريهم.. يلعب نظام المعلومات دور جوهري في توفير المعطيات الضرورية لتحديد المبلغ النهائي (معلومات حول علاوات الساعات الإضافية, عدد الغيابات...).

▪ **التسيير التقديرÃ لعدد المستخدمين:** عادة ما تقوم إدارة الموارد البشرية بإعداد هرم عمري للموظفين, جدول توزيع عبر الأقسام والوظائف المختلفة, إضافة إلى تسجيل الحركات الخارجية (تحويل وظيفي, تحويل إلى المعاÿ ...) والحركات الداخلية (تغيير الوظيفة أو القسم...), هذه المهام تحتاج إلى قواعد معلومات خاصة بعاملي المؤسسة, تسمح بتدفق المعلومات عند الحاجة إليها بصفة دقيقة ومناسبة.

▪ **تسيير المهارات:** يظهر دور نظام المعلومات من خلال توفير مرجعية للمهارات تقوم على تجزئة العاملين حسب احتياجاتهم التكوينية وقدراتهم المعرفية, بالرجوع إلى المعلومات التي تخص مستواهم التعليمي وخبراتهم المكتسبة.

(1)- Michel VOLLE, ***Le Système d'Information de la Gestion des Ressources Humaines***, http://www.gestiondelapaie.com, le 06/09/2007.

خلاصة الفصل الثاني:

إن تبني المؤسسة الصحية لمشروع استراتيجي واضح المعالم ومحدد التوجهات, يساهم في رسم أهداف عملياتية موضوعية, تراعي الإمكانات الداخلية وتستجيب للتغيرات الخارجية, هذا التوجه يدعمه تكييف أهداف نظام المعلومات ووظائفه مع تلك المتعلقة بالإستراتيجية العامة للمؤسسة, مما يضمن تدفق معلوماتي مناسب ومنهجي.

والمسار العملياتي الذي يمثل المجالات المختلفة لتنفيذ السياسات العامة هو الآخر يعتمد على المعلومات كمدخلات ضرورية تساهم في دعم الأنشطة وضمان مرونتها واستجابتها لمتطلبات الوضعية المستهدفة, ولأن مسار عملياتي جيد يعني خدمة صحية جيدة, وجب التركيز على تطويره وإعادة صياغته بما يتوافق مع التطورات التقنية والعلمية.

إن الغاية الأساسية لمؤسسات الصحة هي تحقيق رضا زبونها الرئيسي, المريض بمختلف احتياجاته المعلنة وغير المعلنة لديه فلسفته الخاصة في الحكم على جودة ما يتلقاه من خدمات, وتحصيل قبوله لها يعبر أكثر من أي مؤشر آخر على أن المنتج الصحي يلبي تطلعاته, غير أن الحصول على تثمين إيجابي للمريض اتجاه المؤسسة التي تعالجه, يستدعي كادرا بشريا يعمل وفق معايير مهنية معتمدة ويكرس تقنيات الطب الحديثة, التي من أهمها تسخير تكنولوجيا المعلومات لفائدة تقديم خدمة صحية عالية الجودة.

مما سبق, يظهر لنا الدور الجوهري الذي يقوم به نظام المعلومات في ترقية مختلف هذه الجوانب, من خلال توفير معلومات دقيقة ومعالجة, تساهم في الإدارة الفعالة للأنشطة, وبالتالي التأثير على جودة الخدمات المقدمة.

سنحاول من خلال الدراسة الميدانية التي أجريت في مستشفى ***" بشير بن ناصر "*** أن نطلع على واقع المؤسسة الصحية الجزائرية, من حيث اعتماد مفاهيم الجودة, فعالية نظام المعلومات الحالي وآفاق التطوير والإصلاح.

الفصل الثالث: تأثير نظام المعلومات على جودة خدمات مستشفى بشير بن ناصر

❶ - التعريف بمستشفى بشير بن ناصر

❷ - واقع برامج الجودة ونظام المعلومات في مستشفى بشير بن ناصر

❸ - تحليل نتائج الاستمارة والمقابلة

❹ - مسازامة لتفعيل نظام معلومات مستشفى بشير بن ناصر

تمهيـــــــد

تعتبر الدراسة الميدانية وسيلة بحث هامة, فمن خلالها يتم تحصيل المعلومات. فضلا عن إسقاط الحقائق النظرية على أرض الواقع, سنحاول من خلال هذا الفصل التعريف بمستشفى بشير بن ناصر الذي قمنا باختياره كنموذج عن المؤسسات الصحية, من خلال التطرق إلى مصالحه, تنظيمه الإداري وواقع نظام المعلومات فيه, ثم نعرض جملة من الاقتراحات والحلول استنادا على الواقع المدروس والملاحظات المسجلة.

1- التعريف بمستشفى بشير بن ناصر:

التعريف بالمنظومة الصحية الجزائرية من خلال التطرق إلى بنيتها, نقائصها والإصلاحات الممكن اتخاذها, يسمح بفهم ميزات وخصائص المؤسسة محل الدراسة ضمن محيطها العام, لذلك سنقدم عرضا مبسطا لأهم خصائص القطاع الصحي في الجزائر وآفاق إصلاحه.

1-1- واقع المنظومة الصحية الجزائرية:

تتميز بنية المنظومة الصحية الجزائرية بالهرمية وفق ثلاثة مستويات:(1)

❶ - **المستوى المركزي:** مشكل من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات, معاهد ووكالات صحية, مكلفة بتصميم وتوجيه السياسات الصحية, متابعة وتقييم استهلاك الموارد المالية, المادية والبشرية.

❷ - **المستوى الوسيط:** مشكل من خمسة مناطق صحية تتوفر على مجلس جهوي للصحة مهمته تطوير التنسيق بين القطاعات, ضمان الحماية وترقية صحة السكان, و48 مديرية صحية مكلفة بتنظيم البنى الصحية والسهر على التنفيذ المحلي للسياسات الصحية.

❸ - **المستوى التابع:** مشكل من 185 قطاع صحي تمثل مجموع الهياكل الصحية العمومية للوقاية, التشخيص, العلاج, الاستشفاء و إعادة التكييف الطبي, مهمتها التكفل بالاحتياجات الصحية للمجتمع. تتوزع البنية التحتية الصحية على أربع فئات:(2)

❶ - المؤسسات العمومية الاستشفائية تتمثل في 13 مركز استشفائي جامعي, 32 مؤسسة استشفائية متخصصة, 185 قطاع صحي وطاقة استيعاب ممثلة في 52000 سرير.

❷ - المؤسسات الاستشفائية الخارجية تتمثل في 460 مجمع صحي, 1110 مركز علاجي, 3600 قاعة علاجية, 390 قاعة توليد مستقلة, 4200 صيدلية, 120 مركز نقل دم, 43 مخبر وقائي و814 وحدة كشف صحي.

❸ - المراكز الطبية الاجتماعية بعدد 504 مرتبطة بمختلف الإدارات والمؤسسات.

❹ - الهياكل الإستشفائية العسكرية.

---

(1)- Organisation Mondiale de la Santé, ***Stratégie de Coopération avec les Pays : République Algérienne Démocratique et Populaire (2002-2005)***, p10.
(2)- ***Idem***, p11.
(3)- ***Ibid***, p11.

الموارد البشرية الصحية ممثلة في 31130 طبيب, 8086 جراح أسنان و4600 صيدلي.

الجدول رقم (5): التغطية الصحية للقطاع الصحي في الجزائر

قاعة علاج واحدة لكل	7000 نسمة
مجمع صحي واحد لكل	66000 نسمة
مركز علاج واحد لكل	26000 نسمة
وكالة صيدلية واحدة لكل	7000 نسمة
طبيب واحد لكل	1000 نسمة
جراح أسنان واحد لكل	4000 نسمة
صيدلي واحد لكل	6500 نسمة
ممرض واحد لكل	650 نسمة

Organisation Mondiale de la Santé, ***Op.Cit,*** P11.

تعاني المنظومة الصحية من مجموعة من النقائص, يمكن ترجمتها من خلال:(1)

- عدم تنظيم المصالح الصحية, فبالرغم من عددها المعتبر لا تستجيب الهياكل الصحية العمومية إلا جزئيا للطلب الصحي, حيث يعرف التكفل بالأمراض نقصا متزايدا.
- التوزيع السيئ لمهنيي الصحة, حيث تشهد المنطقة الجنوبية تغطية سيئة بخصوص الأطباء المختصين, فضلا عن اتجاه هؤلاء إلى المؤسسات الخاصة.

على مستوى المؤسسات الصحية نسجل مجموعة من الاختلالات والنقائص, منها: (2)

- تقديم خدمات صحية ذات جودة متردية بسبب عدم تأهيل الكوادر البشري وعدم توافق التجهيزات الطبية الموجودة مع ما يعرفه المجال الصحي من تطورات.
- عدم رضا الكادر البشري بسبب غياب التحفيز وانخفاض الأجور.
- ارتفاع الثقل التمويلي الذي تسببه المؤسسات الصحية على كاهل ميزانية الدولة*.
- ضعف فعالية أنظمة المعلومات.
- اشتغال المؤسسات الصحية لا يؤثر إيجابا على المؤشرات الصحية.

(1)- Organisation Mondiale de la Santé, ***Op.Cit,***, p14.

(2)- Kaid TLILANE Nouara, ***Quelle Réforme Hospitalière pour les Pays en Développement ?,*** Premier Colloque Internationale de l'Economie de la Santé: Gestion et Réformes Hospitalières dans les Pays en Développement ou à Revenue Intermédiaire, Béjaia les 13, 14 et 15 Novembre 2006, p2.

* انظر الملحق رقم 2.

من أجل تجاوز هذه المشكلات, ظهرت مبادرة إصلاح المستشفيات التي تهدف إلى تحسين جودة الخدمات المقدمة وضمان تغطية صحية أمثل للمجتمع من خلال:(1)

- تطوير التخطيط الاستراتيجي للوصول إلى توافق أمثل بين العرض والطلب الصحي.
- تحسين تسيير المؤسسات الصحية من خلال دعم استقلاليتها واعتماد أدوات التسيير الحديثة.
- تبني ميكانيزمات مراقبة الجودة وتقييم فعالية الخدمات المقدمة من خلال ترسيخ ثقافة الاعتماد وخلق معايير ومرجعيات للمقارنة.
- ترقية استغلال رأس المال البشري من خلال تقييم الإنتاجية, اعتماد أساليب التحفيز, مراجعة هيكل الكادر الاستشفائي وتطوير المهارات.

من أجل تحديد مجالات الإصلاح وأولوياته تناول المجلس الوطني للإصلاح في 15 أوت 2002 ستة ملفات رئيسية تمت إثارتها في التقرير السنوي لصحة الجزائريات والجزائريين, آخذا بعين الاعتبار المعطيات المحصلة من المديريات المركزية للوزارة الوصية:(2)

1. - الاحتياجات الصحية والطلب العلاجي.
2. - إعادة تنظيم الهياكل الإستشفائية.
3. - ترقية وتثمين الموارد البشرية.
4. - تحسين إدارة الموارد المالية وفق معايير الجودة.
5. - اعتماد أساليب تمويل جديدة.
6. - التنسيق بين القطاعات (التمويل, العمل, الضمان الاجتماعي, التعليم, التكوين المهني...).

1-2- التعريف بالمؤسسة محل الدراسة:

أجريت الدراسة في مستشفى ***بشير بن ناصر*** الواقع بمدينة بسكرة خلال الفترة ما بين 01 و30 جوان 2007, وهو يمثل جزءا من القطاع الصحي- بسكرة. هذا الأخير عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع إداري ذو شخصية معنوية واستقلالية مالية, مكلف بتطبيق البرامج التي تتبناها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات, ومهمته تقدير وتوفير الخدمات الصحية ضمن مجال جغرافي معين, تم إنشاؤه بمقتضى المرسوم رقم 81/242 البند السابع المؤرخ في 1981/09/05.

---

(1)- ***Idem***,. P9.

(2)- Salima REKIBA, ***Approche Théorique des Réformes Hospitalières et Enseignement des Expériences dans les Pays en Développement ou à Revenue Intermédiaire,*** Premier Colloque Internationale de l'Economie de la Santé: Gestion et Réformes Hospitalières dans les Pays en Développement ou à Revenue Intermédiaire, Bejaia les 13, 14 et 15 Novembre 2006, P3.

وهو يتكون من الهياكل التالية:

- مستشفى بشير بن ناصر ومستشفى حكيم سعدان.
- عيادة أمراض العيون وعيادة أمراض النساء والتوليد.
- 4 مجمعات صحية.
- 06 مراكز علاجية.
- 27 قاعة علاج.
- قاعات العلاج: 27.

يوفر القطاع التغطية الصحية وفق البيانات الواردة في الجدول التالي:

الجدول رقم (6): التغطية الصحية للقطاع الصحي- بسكرة.

الهياكل	عدد السكان
مستشفى	137599
مجمع صحي	68799
مركز علاج	45866
قاعة علاج	10192
طبيب مختص	7242
طبيب عام	2896
جراح أسنان	18346
صيدلي	275199
شبه طبي	333
سرير	453

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على وثائق المستشفى

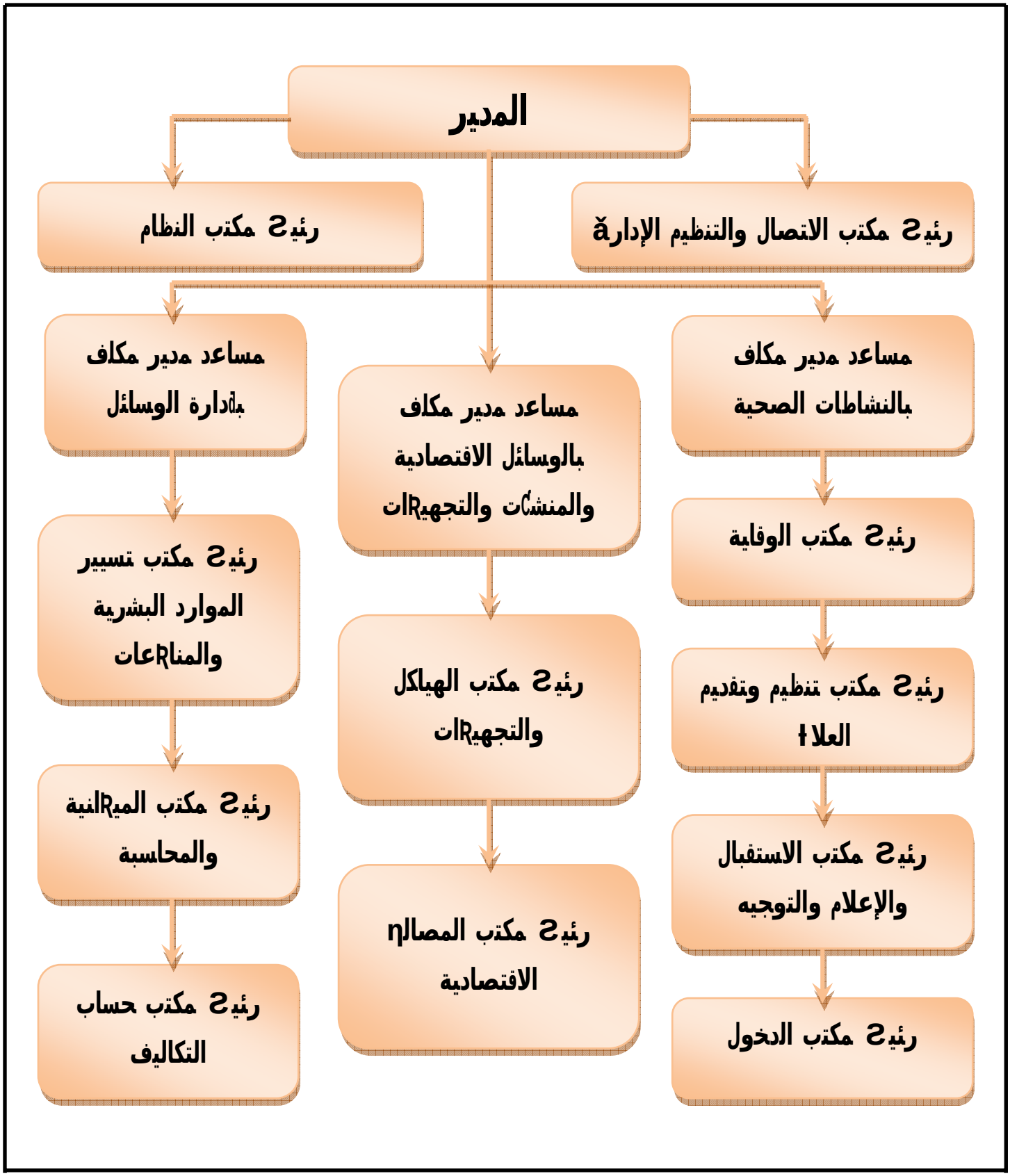
توزع مختلف المسؤوليات والمهام في القطاع اعتمادا على الوظائف والأنشطة التي يحددها الهيكل التنظيمي (انظر الشكل رقم25), يضم هذا الأخير عدة مديريات ومكاتب ومصالح:

1- المدير: وهو المسئول عن إدارة القطاع الصحي والسهر على تطبيق برامجه.

2- مديرية إدارة الوسائل: مسؤولة عن إدارة مختلف موارد القطاع (بشرية ومالية), تشمل المكاتب التالية:

- مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات.
- مكتب الميزانية والمحاسبة.
- مكتب حساب التكاليف.

الشكل رقم (25): الهيكل التنظيمي للقطاع الصحي – بسكرة.



المصدر: وثائق المستشفى

3- مديرية المصالح الاقتصادية والتجهيزات: مسؤولة عن إدارة الأنشطة الاقتصادية وتسيير مختلف التجهيزات, تشمل المكاتب التالية:

- مكتب المصالح الاقتصادية.
- مكتب المنشآت والتجهيزات.

4- مديرية النشاطات الصحية: تشمل المكاتب التالية:

- مكتب الوقاية.
- مكتب تقييم النشاطات الصحية.
- مكتب الاستقبال, الإعلام والتوجيه.
- مكتب الدخول.

يقع مستشفى بشير بن ناصر بمنطقة العالية, يتربع على مساحة قدرها 34.260 م^2, تم تدشينه في 13 أفريل 1986. يتكون من المصالح الاستشفائية المبنية في الجدول التالي:

الجدول رقم (7): المصالح الإستشفائية لمستشفى بشير بن ناصر.

الأقسام	عدد الأسرة التقنية	عدد الأسرة المنظمة
جراحة عامة	60	60
جراحة الأطفال	47	47
جراحة العظام	32	32
جراحة المسالك البولية	32	32
أمراض الأذن, الأنف والحنجرة	32	26
تصفية الدم	40	24
الرعاية المركزة	17	07
الاستعجالات	20	04

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على وثائق المستشفى

فضلا عن المصالح التقنية التالية:

- مخبر أشعة يشمل قاعتين.
- مخبر تحليل رئيسي يشمل ثلاث قاعات.
- مركز لنقل الدم يشمل قاعتين.
- وحدة عمليات تشمل 05 قاعات.

2- واقع نظام المعلومات وجودة الخدمة الصحية في مستشفى بشير بن ناصر:

بهدف الإطلاع على طبيعة تأثير نظام المعلومات على جودة الخدمات الصحية التي يقدمها مستشفى بشير بن ناصر, سنحاول الوقوف على مدى التزام هذا الأخير بتبني سياسات وبرامج تهدف إلى الارتقاء بنوعية خدماته, وكذا مكانة نظام المعلومات داخله وأهم تطبيقاته.

2-1- برامج تحسين الجودة في مستشفى بشير بن ناصر:

في إطار سعيها لتحسين خدماتها المقدمة, تعتمد إدارة مستشفى بشير بن ناصر أسلوبا تقييميا سنويا, يتم من خلاله رصد النقائص ومواطن الخلل, ومن ثم إعداد مخطط عمل للسنة التالية بهدف تجاوز الاختلالات ورفع مستوى جودة العلاج.

الجدول رقم 9 يمثل برنامج عمل لسنة 2006 فيما يتعلق بتسيير الموارد البشرية, تسيير قسم الصيدلة وتسيير التجهيزات, اعتمادا على نتائج السنة التي سبقتها, وقد تم تحقيق النتائج التالية اعتمادا على توصياته:

- إعادة تنظيم لجان الأدوية, الوقاية, الأمن والاستعجالات.
- إعادة توزيع الكادر الطبي وشبه الطبي حسب توصيات اللجنة الطبية والبرنامج التقييمي لسنة 2005.
- دعم المستشفى بتجهيزات طبية وجراحية جديدة.
- إرساء أدوات تسيير وسجلات رسمية لمختلف الأقسام والمصالح.
- وضع قائمة للتجهيزات المعطلة أو قيد الإصلاح وتعيين مسؤول مكلف بتسيير وضعيتها.
- تعيين مختص في الإعلام الآلي لاستخدام برمجية ***EPIMAT*** الخاصة بتسيير التجهيزات.
- وضع قائمة ترميز للأدوية حسب الأقسام.
- إعداد سجل دخول/خروج خاص بقسم الصيدلة.

رغم كون أساليب التقييم وسيلة مهمة لتحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة, من خلال تحليل الوضعية الحالية ومحاولة معالجة النقائص والاختلالات على ضوئها, إلا أنها لا تمثل برنامجا متكاملا للجودة ولا توفر – بمفردها – الخطط الكافية التي تضمن إدارة أمثل لأنشطة المستشفى وتسييرا فعالا لوظائفه.

لدى إدارة المستشفى إدراك لأهمية تبني برامج جودة وتخصيص الإمكانات المادية والبشرية لتطبيقها, غير أن تنفيذ هذه القناعة على أرض الواقع يحتاج إلى وجود رؤية شاملة لواقع المستشفى وتحليلا دقيقا لخصائصه التنظيمية والوظيفية, واستحداث مصالح تعنى بتطبيق برامج الجودة وتسهر على متابعتها.

الجدول رقم (8): برنامج عمل 2006 (تسيير الموارد البشرية, التجهيزات والصيدلة).

النقائص الموجودة	الأزاداف المسطرة	التخصيص الزمني
تسيير الموارد البشرية		
▪ نقص في الكادر شبه الطبي على مستوى أقسام طب الأطفال, العلاج المكثف, الأذن, الأنف والحنجرة	▪ تدعيم الأقسام المذكورة بالكادر شبه الطبي.	أوت- أكتوبر 2006
▪ عجز في الخدمات الوقائية.	▪ تدعيم أقسام المستشفى بعمال نظافة.	
▪ تزايد غيابات العمل المتكررة.	▪ إرساء نظام لمكافحة توقفات العمل غير المبررة.	أفريل 2006
▪ توزيع سيئ للكادر الطبي العام.	▪ إعادة توزيع الكادر الطبي العام على مستوى الأقسام الاستشفائية.	
تسيير الصيدلة		
▪ عدم وجود اجتماعات منتظمة للجنة الأدوية.	▪ إعادة بعث لجنة التسيير الصيدلي بالتوافق مع النصوص التشريعية الجارية.	فيفري 2006
▪ عدم وجود ترميز للأدوية حسب الأقسام الاستشفائية.	▪ إرساء نظام ترميز للمنتجات الصيدلية حسب الأقسام الاستشفائية.	مارس 2006
▪ عدم مناسبة وكفاية المكان المخصص لقسم الصيدلة.	▪ دراسة احتمال إرساء أمكنة كافية وخاصة لقسم الصيدلة بعد وضع مخطط يتضمن الاحتياجات الضرورية له (التخزين, التوزيع, المحاسبة...).	ماي- جوان 2006
▪ عدم احترام قواعد التخزين والسلامة. ▪ التقييد المحاسبي للمنتجات الصيدلية غير موافق للتشريع.	▪ إرساء نظام تسيير داخلي للمنتجات الصيدلية بالتوافق مع التشريع.	جانفي- فيفري 2006
▪ عدم الكفاءة في استخدام الإعلام الآلي.	▪ دعم قسم الصيدلة بكادر متخصص في استخدام الإعلام الآلي.	ماي 2006
▪ عدم المراقبة الفعالة لمصير الأدوية.	▪ إرساء جهاز متابعة صارم لمراقبة مصير الأدوية ودورانها داخل المؤسسة.	أكتوبر 2006
تسيير التجهيزات		
▪ سوء تنظيم مصلحة تسيير التجهيزات.	▪ تحديد حيز مكاني لمصلحة صيانة التجهيزات.	مارس 2006
	▪ إعداد هيكل تنظيمي مناسب لمصلحة صيانة التجهيزات.	أفريل 2006
▪ غياب الوسائل المنقولة وغير المنقولة اللازمة لمصلحة الصيانة.	▪ دعم مصلحة صيانة التجهيزات بوسائل الدعم الضرورية.	مارس 2006
▪ غياب التنسيق فيما يتعلق بالتبليغ عن حوادث التعطل ومتابعة الجرد في المصلحة.	▪ إعداد دفتر خاص بتسجيل الأنشطة الخاصة بالمصلحة وكذا وسائل الاتصال الأخرى.	
الاستغال غير الكافي لبرمجية *EPIMAT*.	إعادة بعث البرمجية *EPIMAT* وإعداد ملف للتجهيزات.	أفريل 2006

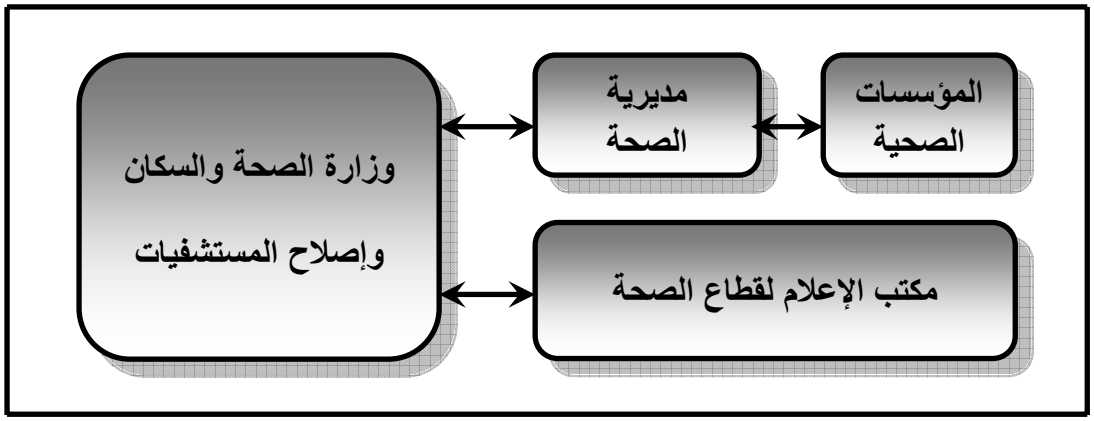
المصدر: مصلحة النشاطات

2-2- واقع نظام المعلومات في مستشفى بشير بن ناصر:

في إطار برنامج وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات رقم 214 الصادر في أفريل 2001, الرامي إلى أتمتة القطاع الصحي, تبنت مؤسسة بشير بن ناصر كغيرها من المؤسسات الصحية العمومية مجموعة من البرمجيات والنظم بهدف تحسين الأداء وترشيده, ومن أجل ضمان التطبيق الحسن للمشروع الوزاري, تم استحداث وظيفة " مراسل الإعلام الآلي " ***Correspondant Informatique*** وهي تقع تحت مسؤولية المدير بشكل مباشر, تسهر على التبادل الجيد للمعلومات بين المؤسسة الصحية وبين مختلف الهيئات الوصية (انظر الشكل رقم 26), فضلا عن السهر على تنفيذ خطوات البرنامج من خلال القيام بالمهام التالية:

- تكوين المستخدمين النهائيين.
- السهر على الاستغلال الفعال للتطبيقات والبرمجيات.
- مساعدة المستخدمين النهائيين على التعبير على احتياجاتهم بخصوص تقنيات الإعلام الآلي.
- السهر على توثيق المعطيات والمحافظة على سلامتها.

الشكل رقم (27): دورة المعلومة بين المؤسسة الصحية والهيئات الوصية.



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على معلومات مكتب مراسل الإعلام الآلي

يوضح الشكل أعلاه كيف يتم تبادل المعلومات بين المؤسسة الصحية والوزارة الوصية, حيث يأخذ هذا التبادل الشكل التالي:

1- من المؤسسة الصحية إلى الوزارة الوصية, يتم من خلاله إرسال المعلومات الخاصة باشتغال المؤسسة وطبيعة أدائها عبر مديرية الصحة والسكان, مثل:

* عدد المرضى الذين تم استقبالهم كمؤشر على القدرة الاستيعابية للمؤسسة.
* عدد الوفيات المسجلة كمؤشر على نوعية الخدمة المقدمة وجودة التكفل بالمريض.
* فترة الإقامة المتوسطة كمؤشر على ترشيد الموارد وسرعة الأداء.
* معدل الاستغلال كمؤشر على نسبة استخدام السرير والاستفادة من الإقامة الإستشفائية.
* معدل دوران السرير كمؤشر على مردودية المؤسسة.

2- من الوزارة الوصية إلى المؤسسة الصحية, حيث ترسل المعلومات الواردة من المؤسسات إلى مكتب الإعلام لقطاع الصحة المسؤول عن معالجة هذه المعلومات التي تعتبر مصدرا مهما تبنتاي عليه الوزارة الوصية تقييمها للوضع الحالي, ومن خلاله تتبنى مشاريع الإصلاح التي ترسل في شكل قوانين ومراسيم إلى المؤسسات الصحية عبر مديريات الصحة والسكان.

يرتكز نظام المعلومات في المؤسسة محل الدراسة على حوالي خمسة عشر برمجية, منهتا ما يندرج ضمن برنامج الوزارة وخاص بكل المؤسسات الصحية العمومية على مستوى الوطن, ومنها ما تشتريه من مؤسسات خاصة أو تقوم بتطويره. (انظر الجدول رقم 10), ومن أهم استتعمالات نظتام المعلومات في المؤسسة محل الدراسة:

- **الملخص النموذجي للخروج *RSS*:** يتم تحصيل معلوماته على مستوى قسم العلاج ومكتتب الدخول, يحتوى على رمز القسم والوحدة, رمز المريض, رقم الملف, رمز الطبيب المعتالج, رمتز التشخيص الرئيسي, رموز التشخيصات المرافقة ودافع الاستشفاء.
- **الوثيقة المتنقلة *Fiche Navette*:** عبارة عن أداة لجمتع المعلومتات الخاصتة بمختلتف الإجراءات العلاجية والتشخيصية التي يخضع لها المريض, من قبل الأطباء والممرضين, لإضافة إلى قائمة الأدوية الموصوفة. *

من خلال الملاحظة الميدانية لاشتغال نظام المعلومات الخاص بالمؤسسة محل الدراسة, وجتدنا أنه يعاني من مجموعة من النقائص التي تحد من إمكانية دعمه لتنشطة ورضا مستخدميه النهتائيين, نذكر منها:

- وجود غير مهيكل لتنظمة الفرعية (نظتام معلومتات المتوارد البشتارية, الماليتة, إدارة المواد...), مما يعيق من أدائها لوظائفها المخططة.
- اهتمام ضعيف بإدارة المعلومات الطبية, واقتصار وظيفة النظام علتى معالجتة المعطيتات الإدارية.
- البرمجيات والنظم الحالية لا تستجيب لتعقد النشاط الصحي فضلا عن وجود مجموعتة متن السلبيات التقنية الخاصة بالتصميم.
- عدم وجود مديرية خاصة بنظام المعلومات مما يجعل أداءه للوظيفة الموكلتة إليتّه يواجتّه صعوبات وعوائق تنظيمية.
- ضعف الدراسات والبحوث الموجهة لتطوير أنظمة جديدة.
- غياب تخطيط استراتيجي لمستقبل نظام المعلومات, وعدم تكييفه متع متطلبتات المؤسستة وأهدافها.

* انظر الملحق رقم 3.

الجدول رقم (09): البرمجيات المستخدمة في المؤسسة.

اسم البرمجية	سنة الاستخدام	الوظيفة
البرمجيات الخاصة بالوزارة		
INFORMAT	**2001**	جرد تجهيزات الإعلام الآلي على مستوى المؤسسة, بهدف الوقوف على النقائص الموجودة
PATIENT	**2001**	تسيير مكاتب الدخول, تعتبر البرمجية الأساس في المؤسسة, مهمتها إدارة ملف المريض وإعداد تقييم إحصائي (فترة الإقامة المتوسطة, معدل دوران السرير...). (انظر الشكل التالي)
PCCISS	**2001**	إدارة وتبادل المعلومات بين المؤسسة وبين الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي, صندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء ومديرية الحماية الاجتماعية
GPUBLIC	**2002**	إحصاء المتمرسين الطبيين العموميين
GSTRUCTURE	**2002**	إحصاء الهياكل الصحية والأنشطة التي تمارسها
EPIMAT	**2003**	مراقبة التجهيزات الطبية
البرمجيات الخاصة بالمؤسسة		
PERS/GESTION DE PERFORMANCE	**2005**	متابعة مهارة العاملين
BUDJET	**2006**	تسيير الميزانية
EPIPHARM	**1997**	تسيير الصيدلية
PAIE	**2005**	تسيير الأجور
EPISTAT	**2001**	إعداد الإحصائيات الخاصة بتقييم النشاطات الصحية
GESTION-INVENTAIRE	**2006**	تسير جرد التجهيزات
EPIINFO	**1997**	تسيير مواد أخرى
GESTION-STOCK	**2006**	تسيير المخزون

المصدر: وثائق المؤسسة.

3- تحليل وتفسير نتائج الاستمارة والمقابلة:

3-1- الاستمارة:

إن الكمال في البحث العلمي يقتضي دراسة كل عناصر المجتمع المستهدف, غير أنه كلما تجاوز العدد الإجمالي بعض المئات كلما أصبح ذلك صعب التحقيق, بسبب ما يحتاجه ذلك من موارد وتكاليف. إن اختيار عينة تعمم من خلالها نتائج الدراسة, يهدف إلى تجاوز صعوبة القيام بعملية مسح شامل بسبب ما قد يواجه ذلك من صعوبات, حيث يتم الاكتفاء من خلالها بعدد محدود من الحالات في حدود الوقت, الجهد والإمكانات المتوفرة.[1]

تعتبر الاستمارة تقنية مباشرة لطرح الأسئلة بطريقة موجهة تهدف لإيجاد علاقات رياضية والقيام بمقارنات رقمية [2] , ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة قمنا بانجاز استمارتين, إحداهما موجهة للمدراء الإداريين, والأخرى لرؤساء المصالح الإستشفائية, معتمدين في ذلك على المعاينة النمطية التي تقوم على: " سحب عينة من مجتمع بحث بانتقاء عناصر مثالية من هذا المجتمع ". [3]

إن مدراء المكاتب الإدارية ورؤساء الأقسام الإستشفائية, يمثلون عناصر نموذجية لمجتمع البحث المراد دراسته, وذلك لأنهم يمكن أن يقيموا تأثير نظام المعلومات على الأداء العام للوظيفة المسؤولين عليها أكثر من مرؤوسيهم.

يبلغ عدد موظفو مستشفى بشير بن ناصر 558 موظف, يتوزعون على مختلف التخصصات إلى إداريين (46), مهنيين (20), تقنيين (07), شبه طبيين (236) وطبيين (37 منهم 18 طبيب عام و19 طبيب مختص), أما أفراد العينة فيمثلون أربعة عشر عنصرا بالنسبة للكادر الإداري و تسعة عناصر بالنسبة للكادر الطبي.

اعتمادا على الجانب النظري والدراسات المشابهة وفرضيات البحث, قمنا بإعداد أسئلة الاستمارتين, مستندين على توجيهات الأستاذ المشرف وعدد من أستاذة العلوم الاقتصادية وعلم الاجتماع إضافة إلى بعض المسيرين بالمؤسسة محل الدراسة. وقد حرصنا على أن تتمتع الأسئلة بالبساطة والوضوح وأن تحترم معياري الصدق والثبات.

تضمنت الاستمارة الخاصة بالإداريين ثلاثة وعشرون سؤالا, وخمسة وعشرون سؤالا بالنسبة للاستمارة الخاصة بالطبيين, بعضها مغلق يحدد مجال الاختيار, والآخر مفتوح يعطي المجال للمستجوب أن يبدي رأيه ووجهة نظره, وذلك وفق الأبعاد التالية:

---

(1)- أحمد حلمي جمعة وآخرون, ***أساسيات البحث العلمي في العلوم الاقتصادية والمالية والإدارة***, دار صفاء للنشر والتوزيع, عمان 1999, ص192.

(2)- موريس أنجرس, ***منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية: تدريبات عملية***, ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون, دار القصبة للنشر, الجزائر, 2004, ص204.

(3)- ***نفس المرجع***, ص311.

- **البعد الأول:** يحتوي على الأسئلة من 01 إلى 03, يهدف إلى قياس مدى إدراك المستجوبين للمفاهيم المتعلقة بالجودة الصحية.
- **البعد الثاني:** يحتوي على الأسئلة من 04 إلى 07, يهدف إلى قياس مدى إدراك المستجوبين للمفاهيم المتعلقة بنظام المعلومات.
- **البعد الثالث:** يحتوي على الأسئلة من 08 إلى 11, يهدف إلى معرفة آراء المستجوبين حول تأثير نظام المعلومات على أنشطة المؤسسة.
- **البعد الرابع:** يحتوي على الأسئلة من 12 إلى 19, يهدف إلى معرفة آراء المستجوبين حول تأثير نظام المعلومات على رضا العاملين.
- **البعد الخامس:** يحتوي على الأسئلة من 20 إلى 24 بالنسبة لاستمارة الكادر الإداري والأسئلة من 20 إلى 25 بالنسبة إلى استمارة الكادر الطبي, يهدف إلى معرفة آراء المستجوبين حول تأثير نظام المعلومات على رضا العاملين.

لتحليل البيانات واستقراء المعطيات الخام للاستمارتين اعتمدنا على اختبار كاي مربع χ^2 الذي يحسب وفق العلاقة التالية:

$$\chi^2_c = \frac{\Sigma(F_e - F_1)^2}{F_e} \quad (1)$$

للحصول على χ^2_t نعتمد على الجدول الخاص بـ χ^2*, عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية $\mathcal{V}$ حيث $\mathcal{V} = n-1$. (n يمثل عدد التكرارات).

ولمعرفة الدلالة الإحصائية للنتائج المحصل عليها, من خلال اقتراح الفرضيات التالية:

$\mathcal{H}o$: الاختلاف بين التكرارات يدل على وجود اتجاهات مختلفة للمستجوبين, ما يدل على أن النتائج المحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية.

$\mathcal{H}_1$: النتائج المحصل لها دلالة إحصائية, و تدل على وجود اتجاه غالب للمستجوبين.

حتى نقبل إحدى الفرضيتين نقوم باختبار كاي مربع وذلك بالمقارنة بين

$\mathcal{F}o$: التكرارات الفعلية (المتحصل عليها).

$\mathcal{F}e$: التكرارات المتوقعة وتساوي مجموع التكرارات على عدد الاختيارات.

---

(1)- دومينيك سالفاتور, ***نظريات ومسائل في الإحصاء والاقتصاد القياسي (سلسلة ملخصات شوم)***, ترجمة سعدية حافظ منتصر, ديوان المطبوعات الجامعية, 1993, ص102.

* انظر الملحق رقم 9.

■ هل يعتبر تقديم خدمات ذات جودة الالتزام الرئيسي بالنسبة لك؟

جدول رقم (10): التزام الموظفين بجودة الخدمات المقدمة.

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
نعم	8	57.14	7.43	8	88.88	12.66	16	73.91	16.79	5.99
إلى حد ما	6	42.86		1	11.12		7	26.09		
لا	0	0		0	0		0	0		
المجموع	14	100		9	100		23	100		

بالمقارنة بين χ^2_c المساوية لـ 7.55 و χ^2_t المساوية لـ 5.99 نجد أن $\chi^2_c > \chi^2_c$ وعليه نقبل H_1 ونرفض H_0 وعليه فإن النتائج المحصل عليها لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاه غالب لدى المستجوبين من الكادر الإداري بخصوص اهتمامهم بتقديم خدمات ذات جودة, حيث أن 57.14 % يمثل ذلك اهتماما رئيسيا بالنسبة لهم فيما يعتبر 57.14% أن الجودة تمثل إلى حد ما اهتماما رئيسيا. أما فيما يخص الكادر الطبي فإن $\chi^2_c < \chi^2_c$ وعليه نرفض H_0 ونقبل H_1 وعليه فإن النتائج المحصل عليها لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاه غالب لدى المستجوبين, حيث يرى 73.91 % أن تقديم خدمات ذات جودة تمثل اهتمام رئيسيا بالنسبة لهم.

■ إلى ماذا ترجع أولوية تحسين جودة الخدمات الصحية باعتقادك؟

جدول رقم (11): مبررات أولوية تحسين الجودة الصحية.

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
التحكم في تكاليف للخدمات الصحية.	13	25.49	2.82	0	0	5.75	13	16.25	5.75	9.49
تلبية تطلعات أفراد المجتمع بخصوص تقديم خدمات صحية أفضل.	10	19.60		9	31.03		19	23.75		
إنسانية الخدمات الصحية.	12	23.52		9	31.03		21	26.25		
ارتفاع مستوى تطلعات الزبائن بسبب انتشار الوعي الصحي.	6	11.79		3	10.34		9	11.25		
تقديم خدمات صحية تتماشى مع التقدم العلمي.	10	19.60		8	27.60		18	22.5		
المجموع	51	100		29	100		80	100		

من الجدول أعلاه نجد أن $\chi^2_t > \chi^2_c$ بالنسبة لكل من الكادر الإداري والطبي , وعليه نرفض H_1 ونقبل H_0 وعليه فإن النتائج المحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاهات مختلفة للمستجوبين بخصوص دوافع تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة, حيث أن 16.25% من المستجوبين يرجعون ذلك إلى الرغبة في التحكم في التكاليف الصحية و 23.75% منهم يرجعون ذلك إلى تلبية تطلعات أفراد المجتمع بخصوص تقديم خدمات صحية أفضل أما 26.25% يرجعون ذلك إلى إنسانية الخدمات الصحية وارتباطها المباشر بالحياة البشرية بينما أرجع 11.25% ذلك إلى ارتفاع مستوى تطلعات الزبائن بسبب انتشار الوعي الصحي والثقافة الطبية و22.5% منهم يرون أن ذلك يتعلق بتقديم خدمات صحية تتماشى مع التقدم العلمي.

- **بماذا ترتبط جودة الخدمات الصحية ؟**

جدول رقم (12): مؤشرات الجودة الصحية.

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
التنظيم الفعال للوحدات العلاجية.	5	13.51	1.78	5	22.72	6.78	10	16.94	3.28	9.49
التكفل الجيد بالمريض ومراعاة احتياجاته.	9	24.32		6	27.27		15	25.42		
استخدام التقنيات الطبية والأساليب التشخيصية الحديثة.	6	16.21		9	40.90		15	25.42		
اعتماد نظام رقابي صام ودقيق.	8	21.62		0	0		8	13.55		
حسن إدارة المعلومات ودقة توظيفها.	9	24.34		2	9.11		11	18.67		
المجموع	37	100		22	100		59	100		

من الجدول أعلاه نجد أن $\chi^2_t > \chi^2_c$ بالنسبة لكل من الكادر الإداري والطبي , وعليه نرفض H_1 ونقبل H_0 ومنه فإن النتائج المحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاهات مختلفة للمستجوبين بخصوص مؤشرات جودة الخدمات الصحية, حيث أن 16.94% من المستجوبين يرون ذلك في التنظيم الفعال للوحدات العلاجية و 25.42% منهم يرون ذلك في التكفل الجيد بالمريض ومراعاة احتياجاته و 25.42% يرون ذلك في استخدام التقنيات الطبية والأساليب التشخيصية الحديثة و13.55% منهم يرون ذلك في اعتماد نظام رقابي صام ودقيق فيما يرى 18.64% منهم أن جودة الخدمات الصحية ترتبط ب حسن إدارة المعلومات ودقة توظيفها.

- هل يقوم نظام المعلومات بدور رئيسي في المؤسسة الصحية ؟

جدول رقم (13): أهمية دور نظام المعلومات في المؤسسة.

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
نعم	4	28.57	1.85	1	11.11	12.66	5	21.73	1.65	5.99
إلى حد ما	7	50.01		1	11.11		8	34.8		
لا	3	21.42		7	77.78		10	43.47		
المجموع	14	100		9	100		23	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه نجد أن $\chi^2_t > \chi^2_c$ بالنسبة للكادر الإداري, وعليه نرفض $H1$ ونقبل Ho ومنه فإن النتائج المحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاهات مختلفة للمستجوبين بخصوص أهمية دور نظام المعلومات في المؤسسة, حيث يوافق أغلب المستجوبين بأن نعم (28.57%), إلى حد ما (21.43%) ولا (50.01%), بالنسبة للكادر الطبي نجد أن $\chi^2_t < \chi^2_c$ لذا نرفض Ho ونقبل $H1$ وعليه فإن النتائج المحصل عليها لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاه غالب لدى المستجوبين, حيث يرى 77.78% من المستجوبين أن نظام المعلومات لا يلعب دورا رئيسيا في المؤسسة.

- هل نوع من المعلومات تعتبرها مركزية لأداء المؤسسة الصحية ؟

جدول رقم (14): المعلومات المركزية لأداء المؤسسة الصحية.

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
الطبية	3	21.43	0.99	6	66.66	4.66	9	39.14	0.34	5.99
الإدارية	5	35.72		2	22.22		7	30.43		
معا	6	42.85		1	11.12		7	30.43		
المجموع	14	100		9	100		23	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول رقم 15 نجد أن $\chi^2_t > \chi^2_c$ بالنسبة لكل من الكادر الإداري والطبي , وعليه نرفض H_1 ونقبل H_0 ومنه فإن النتائج المحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاهات مختلفة للمستجوبين بخصوص المعلومات المركزية لأداء المؤسسة الصحية, حيث أن 39.31% من المستجوبين يرون أن المعلومات الطبية هي المعلومات الأساسية و 30.43% منهم يرون أن المعلومات الإدارية هي الأكثر مركزية لأداء المؤسسة الصحية فيما يرى 30.43% أن كلا النوعين من المعلومة يعتبر مركزيا وأساسيا.

- **اختر من بين الخصائص التالية الأكثر دلالة على فعالية نظام المعلومات؟**

جدول رقم (15): الخاصية الأكثر دلالة على فعالية نظام المعلومات.

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
القدرة على انتقاء المعلومات.	1	7.14	10.28	0	0	10.17	1	4.34	9.82	9.49
تحديد المعطيات المناسبة.	1	7.14		0	0		1	4.34		
سرعة توظيف المعلومات.	4	28.57		2	22.22		6	26.08		
المعالجة الصحيحة للمعلومات.	7	50		1	11.11		8	34.78		
درجة السرية والموثوقية.	1	7.15		6	66.67		7	30.46		
المجموع	14	100		9	100		23	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه نجد أن $\chi^2_t < \chi^2_c$ بالنسبة لكل من الكادر الإداري والطبي , وعليه نقبل H_1 ونرفض H_0 ومنه فإن النتائج المحصل عليها لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاه غالب للمستجوبين بخصوص الخاصية الأكثر دلالة على فعالية نظام المعلومات, حيث ترى النسبة الأكبر من الفريقين (34.78% بالنسبة للكادر الطبي و50% بالنسبة للكادر الإداري) أن خاصية المعالجة الصحيحة للمعلومات هي الأكثر تعبيرا على فعالية النظام.

- **زال تعتقد أن عملية تطوير نظام المعلومات الحالي عملية صعبة؟**

جدول رقم (16): درجة صعوبة عملية تطوير نظام المعلومات الحالي.

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
نعم	6	42.85	0.99	0	0	12.66	6	26.08	2.17	5.99
إلى حد ما	5	35.73		1	11.12		6	26.10		
لا	3	21.42		8	88.88		11	47.82		
المجموع	14	100		9	100		23	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول رقم 17 نجد أن $\chi^2_c > \chi^2_t$ بالنسبة للإداريين, وعليه نرفض $H1$ ونقبل Ho ومنه فإن النتائج المحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاهات مختلفة للمستجوبين بخصوص درجة صعوبة تطوير نظام المعلومات الحالي, حيث ترى نسبة 21.42% أنها غير صعبة فيما ترى نسبة 42.85% أنها عملية صعبة, أما بالنسبة للطبيين فإن $\chi^2_c < \chi^2_t$, وعليه نقبل $H1$ ونرفض Ho ومنه فإن النتائج المحصل عليها لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاه غالب للمستجوبين بخصوص تطوير نظام المعلومات الحالي, حيث يرى 88.88% أنها عملية غير صعبة.

- **أي من الوظائف تحتاج أكثر إلى نظام معلومات ؟**

جدول رقم (17): أكثر الوظائف احتياجا لنظام المعلومات.

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
الطبية	1	28.57	9.58	0	0	9.66	1	4.34	18.10	5.99
الإدارية	10	71.42		7	77.77		17	73.91		
معا	3	21.41		2	22.23		5	21.75		
المجموع	14	100		9	100		23	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه نجد أن $\chi^2_c < \chi^2_t$ بالنسبة لكل من الكادر الإداري والطبي, وعليه نقبل $H1$ ونرفض Ho ومنه فإن النتائج المحصل عليها لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاه غالب للمستجوبين بخصوص أكثر الوظائف احتياجا لنظام المعلومات, حيث أن نسبة 71.42% من الإداريين ونسبة 77.77% من الطبيين ترى أن الوظيفة الإدارية هي الأكثر احتياجا لنظام المعلومات.

- **كيف يؤثر نظام المعلومات على أنشطة المؤسسة ؟**

جدول رقم (18): طبيعة تأثير نظام المعلومات على الأنشطة.

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
توفير معلومات لإرساء إجراءات نموذجية.	7	15.22	4.21	7	28	7.2	14	19.71	12.45	9.49
توفير معلومات لوضع معايير للتقييم.	6	13.05		0	0		6	8.46		
المساهمة في جودة الملفات الطبية.	9	19.57		9	36		18	25.36		
المساهمة في الاستخدام الأمثل للموارد.	10	21.73		0	0		10	14.08		
التحكم في العامل الزمني.	14	30.43		9	36		23	32.39		
المجموع	46	100		25	100		71	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول رقم 19 نجد أن $\chi^2_t > \chi^2_c$ بالنسبة لكل من الكادر الإداري والطبي , وعليه نرفض $H1$ ونقبل $H0$ ومنه فإن النتائج المحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاهات مختلفة للمستجوبين بخصوص طبيعة تأثير نظام المعلومات على الأنشطة, حيث أن نسبة *30.43*% من الإداريين و*36*% من الطبيين رأت أن نظام المعلومات يؤثر على الأنشطة من خلال التحكم في الوقت.

- **هل يمثل نظام المعلومات دعما حقيقيا للأنشطة؟**

جدول رقم (*19*): دعم نظام المعلومات لتقييم الأنشطة.

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
نعم	3	21.42	13.87	0	0	8.66	3	13.04	6.61	5.99
إلى حد ما	11	78.58		2	22.22		13	56.53		
لا	0	0		7	77.78		7	30.43		
المجموع	14	100		9	100		23	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه نجد أن $\chi^2_t < \chi^2_c$ بالنسبة لكل من الكادر الإداري والطبي, وعليه نقبل $H1$ ونرفض $H0$ ومنه فإن النتائج المحصل عليها لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاه غالب للمستجوبين بخصوص دعم نظام المعلومات لتقييم الأنشطة, حيث يرى *78.58*% من الإداريين أن نظام المعلومات يمثل إلى حد ما دعما للأنشطة, فيما لا يوافق *77.78*% من الطبيين على ذلك.

- **هل تعتقد أن الدور الذي يلعبه نظام المعلومات في تحسين سير الإجراءات العلاجية/الإدارية مهم؟**

جدول رقم (*20*): أهمية دور نظام المعلومات في تحسين سير الإجراءات الإدارية/العلاجية.

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
نعم	10	71.42	10.86	1	11.11	8.66	11	47.82	2.43	5.99
إلى حد ما	4	28.58		1	11.11		5	21.75		
لا	0	0		7	77.78		7	30.43		
المجموع	14	100		9	100		23	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول رقم 21 نجد أن $\chi^2_t < \chi^2_c$ بالنسبة لكل من الكادر الإداري والطبي, وعليه نقبل $H1$ ونرفض Ho ومنه فإن النتائج المحصل عليها لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاه غالب للمستجوبين بخصوص أهمية دور نظام المعلومات في تحسين سير الإجراءات الإدارية/العلاجية, حيث يرى 71.42% من الإداريين أن نظام المعلومات يلعب دورا مهما في دعم الأنشطة, فيما يرى 77.78% من الطبيين أن دوره غير مهم.

- **هل أنت راضي على طريقة أداء عملك؟**

جدول رقم (21): رضا الموظفين على أدائهم لعملهم.

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
نعم	2	14.28	13.01	7	77.77	8.66	9	39.13	9.74	5.99
إلى حد ما	11	78.8		2	22.23		13	56.53		
لا	1	7.14		0	0		1	4.34		
المجموع	14	100		9	100		23	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه نجد أن $\chi^2_t < \chi^2_c$ بالنسبة لكل من الكادر الإداري والطبي, وعليه نقبل $H1$ ونرفض Ho ومنه فإن النتائج المحصل عليها لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاه غالب للمستجوبين بخصوص رضا الموظفين على أدائهم لعملهم, حيث أن 78.58% من الإداريين راضون إلى حد ما على أدائهم, فيما نجد أن 77.77% من الطبيين راضون على أدائهم لعملهم.

- **هل أنت راضي على الدور الذي يلعبه نظام المعلومات في تحسين أدائك؟**

جدول رقم (22): رضا الموظفين على دور نظام المعلومات في تحسين أدائهم.

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
نعم	4	28.57	7.006	0	0	6	4	17.39	4.26	5.99
إلى حد ما	9	64.29		3	33.34		12	52.18		
لا	1	7.14		6	66.66		7	30.43		
المجموع	14	100		9	100		23	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول رقم 23 نجد أن $\chi^2_t < \chi^2_c$ بالنسبة لكل من الكادر الإداري والطبي, وعليه نقبل $H1$ ونرفض Ho ومنه فإن النتائج المحصل عليها لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاه غالب للمستجوبين بخصوص رضا الموظفين على دور نظام المعلومات فلي تحسين أدائهم, حيث أن 64.29% من الإداريين راضون إلى حد ما على دور نظام المعلومات في تحسين أدائهم, فيما نجد أن 66.66% من الطبيين غير راضين على دور نظام المعلومات في تحسين أدائهم.

- **هل تلبي شروط العمل الحالية متطلباتك ؟**

جدول رقم (23): رضا الموظفين على شروط العمل الحالية.

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
نعم	7	50	2.34	6	66.66	3	13	56.52	4.43	5.99
إلى حد ما	7	50		3	33.34		10	43.48		
لا	0	0		0	0		0	0		
المجموع	14	100		9	100		23	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه نجد أن $\chi^2_t > \chi^2_c$ بالنسبة لكل من الكادر الإداري والطبي, وعليه نرفض $H1$ ونقبل Ho ومنه فإن النتائج المحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاهات مختلفة للمستجوبين بخصوص رضاهم على شروط العمل الحالية, حيث أن 56.52% راضون و43.47% راضون إلى حد ما, فيما كانت النسبة معدومة فيما يتعلق بالإجابة السلبية.

- **هل يستفيد الموظفون التابعون لمكتبك/قسمك من دورات تكوينية بخصوص استخدام تقنيات الإعلام الآلي ؟**

جدول رقم (24): استفادة الموظفين من دورات تكوينية بخصوص استخدام الإعلام الآلي.

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
نعم	4	28.57	10.86	0	0	18	4	17.39	2.69	5.99
أحيانا	10	71.43		0	0		10	43.38		
لا	0	0		9	100		9	39.13		
المجموع	14	100		9	100		23	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول رقم 25 نجد أن $\chi^2_t < \chi^2_c$ بالنسبة لكل من الإداريين والطبيين, وعليه نقبل $H1$ ونرفض Ho ومنه فإن النتائج المحصل عليها لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاه غالب للمستجوبين بخصوص استفادة الموظفين من دورات تكوينية حول استخدام تقنيات الإعلام الآلي, حيث أن 71.43% من الإداريين أجابوا بأنهم يحصلون عليها في بعض الأحيان, فيما نجد أن 100% من الطبيين أجابوا بأنهم لم يستفيدوا ولا مرة من دورات تكوينية بخصوص استخدام تقنيات الإعلام الآلي.

- **هل تلبي هذه الدورات احتياجاتهم المعرفية ؟**

جدول رقم (25): تلبية الدورات التكوينية للاحتياجات المعرفية للموظفين.

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
نعم	6	42.85	2.78	0	0	12	6	26.08	1.07	5.99
إلى حد ما	8	57.15		9	100		10	73.92		
لا	0	0		0	0		0	0		
المجموع	14	100		9	100		23	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه نجد أن $\chi^2_t > \chi^2_c$ بالنسبة الكادر الإداري, وعليه نرفض $H1$ ونقبل Ho ومنه فإن النتائج المحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاهات مختلفة للمستجوبين بخصوص تلبية الدورات التكوينية للاحتياجات المعرفية للموظفين, حيث أن 57.14% من الإداريين أجابوا بأنها تلبي احتياجاتهم المعرفية و42.85%أجابوا بأنها تلبيها نوعا ما. أما بالنسبة للكادر الطبي فإن $\chi^2_t < \chi^2_c$ وعليه نقبل $H1$ ونرفض Ho ومنه فإن النتائج المحصل عليها لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاه غالب للمستجوبين بخصوص تلبية الدورات التكوينية للاحتياجات المعرفية للموظفين, حيث يرى 66.66% أنها تلبيها نوعا ما.

- **هل يؤثر نظام المعلومات إيجابا على رضاهم ؟**

جدول رقم (26): التأثير الإيجابي لنظام المعلومات على رضا الموظفين.

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
نعم	5	35.72	4.06	2	22.22	5.66	7	30.43	9.13	5.99
إلى حد ما	9	64.28		7	77.78		16	69.57		
لا	0	0		0	0		0	0		
المجموع	14	100		9	100		23	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول رقم 27 نجد أن $\chi^2_t > \chi^2_c$ بالنسبة لكل من الكادر الإداري والطبي, وعليه نرفض H_1 ونقبل H_0 ومنه فإن النتائج المحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاهات مختلفة للمستجوبين بخصوص التأثير الإيجابي لنظام المعلومات على رضانا الموظفين, حيث أن 64.28% من الإداريين يرى أن له تأثير إيجابي نوعا ما, فيما كانت النسبة 77.77% فيمثا يتعلق بالطبيين.

- **زال يواجه المريض صعوبات في مكتب الاستقبال/الأقسام العلاجية ؟**

جدول رقم (27): مدى مواجهة المريض لصعوبات في مكتب الاستقبال/الأقسام العلاجية.

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
نعم	2	14.28	9.15	1	11.11	8	3	13.04	17.05	5.99
أحيانا	2	14.28		1	11.11		3	13.04		
لا	10	71.44		7	77.78		17	73.92		
المجموع	14	100		9	100		23	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه نجد أن $\chi^2_t < \chi^2_c$ بالنسبة لكل من الكادر الإداري والطبي, وعليه نقبل H_1 ونرفض H_0 ومنه فإن النتائج المحصل عليها لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاه غالب للمستجوبين بخصوص مواجهة المريض لصعوبات في مكتب الاستقبال/الأقسام العلاجية, حيث أن 71.44% من الإداريين و77.78% من الطبيين أجابوا بأن المريض لا يواجه صعوبات.

- **إن وجدت ما زاو مصدرزا برأيك ؟**

جدول رقم (28): مصدر الصعوبات التي يواجهها المريض .

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
عدم تنظيم العمل	6	16.21	7.28	7	28	8	13	20.96	12.53	9.49
إدارة سيئة للمعلومات الخاصة به	10	27.02		5	20		15	24.19		
عدم كفاءة العاملين بمكتب الاستقبال/القسم.	4	10.81		1	4		5	8.06		
كثافة الطلب على مكتب الاستقبال/القسم	12	32.43		9	36		21	33.87		
عدم استجابته للإجراءات	5	13.53		3	12		8	12.92		
المجموع	37	100		25	100		62	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول رقم 29 نجد أن $\chi^2_t > \chi^2_c$ بالنسبة لكل من الإداريين والطبيين, وعليه نرفض H_1 ونقبل H_0 ومنه فإن النتائج المحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاهات مختلفة للمستجوبين بخصوص مصدر الصعوبات التي يواجهها المريض في مكتب الاستقبال/الأقسام العلاجية, حيث أن 32.43% من الإداريين ونسبة 33.87% ترى أن مصدرها كثافة الطلب.

- **هل يساهم نظام المعلومات في تجاوز هذه الصعوبات ؟**

جدول رقم (29): مساهمة نظام المعلومات في تجاوز الصعوبات التي يواجهها المريض .

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	الطبيين	%	χ^2_c	المجموع	%	χ^2_c	χ^2_t
نعم	3	21.42	6.14	0	0	12	3	13.04	4.52	5.99
إلى حد ما	9	64.28		0	0		9	39.13		
لا	2	14.30		6	100		11	47.83		
المجموع	14	100		9	100		23	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه نجد أن $\chi^2_t < \chi^2_c$ بالنسبة لكل من الإداريين والطبيين, وعليه نقبل H_1 ونرفض H_0 أي إن النتائج المحصل عليها لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاه غالب للمستجوبين بخصوص مساهمة نظام المعلومات في تجاوز هذه الصعوبات, حيث أن 64.28% من الإداريين يرون أنه يساهم إلى حد ما في تجاوزها فيما يرى كل الطبيين أنه لا يساهم في تجاوزها.

- **إن كانت " نعم " أو " إلى حد ما " كيف يقوم بذلك ؟**

جدول رقم (30): كيفية قيام نظام المعلومات بتجاوز الصعوبات التي يواجهها المريض .

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	χ^2_t
توفير المعلومات المناسبة وفي الوقت المناسب	7	22.58	2.38	5.99
ضمان جودة ملف المريض ودقة محتواه	14	45.16		
توثيق المعلومات الخاصة بالمريض وتسهيل استرجاعها	10	32.26		
المجموع	31	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه نجد أن $\chi^2_t > \chi^2_c$ بالنسبة, وعليه نرفض H_1 ونقبل H_0 ومنه فإن النتائج المحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاهات مختلفة للمستجوبين بخصوص كيفية قيام نظام المعلومات بتجاوز هذه الصعوبات, حيث أن 45.16% من الإداريين يرون أن ذلك يحدث من خلال ضمان جودة ملف المريض ودقة محتواه ونسبة 42.85% يرون أن ذلك يحدث من خلال توثيق المعلومات الخاصة بالمريض وتسهيل استرجاعها.

- **هل تقومون بإعلام المريض بتطور حالته الصحية وإجراءات علاجه ؟**

جدول رقم (31): مدى إعلام المريض بتطور حالته الصحية وإجراءات علاجه.

الاختيارات	الطبيبين	%	χ^2_c	χ^2_t
نعم	8	88.88	12.66	5.99
أحيانا	1	11.12		
لا	0	0		
المجموع	9	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه نجد أن $\chi^2_t < \chi^2_c$, وعليه نقبل $H1$ ونرفض Ho ومنه فإن النتائج المحصل عليها لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاه غالب للمستجوبين بخصوص قيامهم بإعلام المريض بتطور حالته الصحية وإجراءات علاجه, حيث أن 88.88% أجابوا أنهم يقومون بذلك فيما أجاب 11.12% منهم أنهم يقومون في بعض الأحيان بذلك.

- **كيف تنظرون للمريض ؟**

جدول رقم (32): نظرة الكادر الطبي للمريض .

الاختيارات	الطبيبين	%	χ^2_c	χ^2_t
حالة مرضية تحتاج إلى العلاج فقط	2	22.22	5.66	5.99
شريك في العمل	0	0		
حالة مرضية تحتاج إلى العلاج والدعم النفسي والمعنوي	7	77.78		
المجموع	9	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه نجد أن $\chi^2_t > \chi^2_c$, وعليه نرفض $H1$ ونقبل Ho ومنه فإن النتائج المحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاهات مختلفة للمستجوبين بخصوص نظرتهم للمريض, **حيث أجاب** 22.22% أنهم ينظرون إليه على أنه حالة مرضية تحتاج إلى العلاج فقط, فيما رأى 77.77% منهم أنهم يرونه حالة مرضية تحتاج إلى العلاج والدعم النفسي والمعنوي, أما النظر إليه كشريك في العمل فلم تحض بأية إجابة.

- زال يتميز ملف المريض بجودة عالية ؟

جدول رقم (33): درجة جودة ملف المريض .

الاختيارات	الإداريين	%	χ^2_c	χ^2_t
نعم	5	35.71	1.21	5.99
إلى حد ما	7	50.01		
لا	2	14.28		
المجموع	14	100		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه نجد أن $\chi^2_t > \chi^2_c$, وعليه نرفض $H1$ ونقبل Ho ومنه فإن النتائج المحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاهات مختلفة للمستجوبين بخصوص درجة جودة ملف المريض, حيث أجاب 14.28% أنها غير جيدة, فيما رأى 50% منهم أنها جيدة إلى حد ما, أما 35.71% أجابوا بأنها جيدة.

من خلال تفريغ معطيات الاستمارتين وتحليل نتائج بحث المستجوبين, يمكننا تسجيل الملاحظات التالية:

- تعتبر الجودة اهتماما رئيسيا بالنسبة لأغلب الموظفين المستجوبين سواء كانوا إداريين أو أطباء, وقد أرجع أغلب الإداريين ذلك إلى الرغبة في التحكم في النفقات الصحية, فيما حضي كل من دافعي تلبية تطلعات أفراد المجتمع بخصوص تقديم خدمات صحية أفضل و إنسانية الخدمات الصحية وارتباطها المباشر بالحياة البشرية باختيار كل أفراد الكادر الطبي المستجوبين. يرجع ذلك إلى اختلاف الرؤى, فالمسير يهتم بإدارة الموارد والتحكم في التكاليف بينما يهتم المهني بتلبية متطلبات الأفراد واحتياجاتهم.

- بالنسبة للإداريين تتمثل مؤشرات الجودة في التكفل الجيد بالمريض ومراعاة احتياجاته, حسن إدارة المعلومات ودقة توظيفها و اعتماد نظام رقابي صام ودقيق, غير أن الفريق الطبي لا يرى في الرقابة مؤشرا على الجودة ما يفسر رفض الأوساط الصحية لسنوات عديدة للتقييم والاعتماد, والجودة تعني لهم استخدام التقنيات الطبية والأساليب التشخيصية الحديثة.

- النسبة الأكبر من المستجوبين الطبيين لا ترى أن نظام المعلومات يقوم بدور رئيسي في المؤسسة, يرجع ذلك إلى اقتصار أنظمة المعلومات في المؤسسة محل الدراسة على أتمتة الإجراءات الإدارية دون التركيز على الجانب العلاجي والتشخيصي.

■ أغلب الإداريين يرون أن المعلومات المركزية لأداء المؤسسة الصحية هي الطبية والإدارية على حد سواء, مما يعتبر مؤشرا جيدا على إدراكهم لأهمية المعلومات الطبية (تطور الأمراض, معطيات التشخيص...) في تسيير المؤسسة الصحية, حيث لا يقتصر ذلك فقط على المعلومات الإدارية (المحاسبية, المالية...).

■ اتفقت النسبة الأكبر من المستجوبين بفئتيهم على أن الوظيفة الإدارية هي الأكثر احتياجا لنظام المعلومات, هذا يرجع إلى عدم الإدراك الكامل لوظائف هذا الأخير, وحصرها في تحصيل ومعالجة المعطيات الإدارية. ما يعني أن أي مشروع للاتجاه بنظام المعلومات الحالي نحو آخر طبي ستواجهه مقاومة من مستخدميه, لذا يجب التفكير في إحداث تغيير يأخذ ثقافة المؤسسة بعين الاعتبار.

■ معظم الإداريين يعتقدون أن نظام المعلومات يمثل نوعا ما دعما حقيقيا للأنشطة يرجع ذلك إلى النقائص التي يعاني منها النظام الحالي وعدم استجابته لكل متطلبات المؤسسة, ولذلك يجري تطويره بشكل مستمر سواء وفق البرنامج الوزاري أو المجهودات الخاصة. غير أن النسبة الأكبر من الطبيين لم يروا أنه يملك هذه الخاصية, ذلك لكون النشاط الذي يؤدونه لا يعتمد على نظام المعلومات, بسبب خصائص هذا الأخير التي لم تكتسب بعد التكنولوجيات والتقنيات الحديثة الموجهة لدعم الإجراءات العلاجية والقرارات الطبية. هذا ما يفسر أن معظم إجاباتهم ترمي إلى أنه لا يؤثر تأثيرا إيجابيا على رضاهم لأنه لا يفعل ذلك أصلا.

■ عدم استفادة الأطباء من دورات تكوينية بخصوص استخدام تقنيات الإعلام الآلي, يرجع إلى عدم استخدامهم له, لكون ذلك يقتصر على الفريق الإداري, هذا ما يحتاج إلى تغيير حقيقي في عملية تحصيل المعلومة الطبية وتوثيقها. الاتجاه الحديث في أنظمة المعلومات يجعل المعلومة الطبية تحصل عند حدوثها ومن الأقسام العلاجية مباشرة, ما يستدعي قيام الأطباء وشبه الطبيين بذلك.

■ يرى أغلب المستجوبين بفئتيهم أن الإدارة السيئة للمعلومات الخاصة بالمريض تعتبر أحد الأسباب الرئيسية في الصعوبات التي يواجهها المريض سواء في مكتب الدخول أو في قسم العلاج, غير أن اختلافهم كان واضحا بخصوص مساهمة نظام المعلومات في تجاوز هذه الصعوبات, حيث ترى النسبة الأكبر من الإداريين أن له دورا في ذلك من خلال ضمان جودة ملف المريض ودقة محتواه, فيما يرى الأطباء أنه لا يساهم البتة في تجاوزها.

■ إجابة النسبة الأكبر من الطبيين أنهم يقومون بإعلام المريض بتطور حالته الصحية وإجراءات علاجه وأنهم ينظرون إليه على أنه حالة مرضية تحتاج إلى العلاج والدعم النفسي والمعنوي, تعتبر مؤشرا إيجابيا على طبيعة العلاقة معالج/معالج, غير أن عدم حصول العبارة " شريك في العمل " على أية إجابة, يدل على غياب الإنتاج الصحي المشترك في المؤسسة محل الدراسة, الذي يعتبر إحدى المفاهيم الأساسية لتبني أفكار وسياسات الجودة في المجال الصحي, وترسيخه يحتاج إلى ثورة في تقاليد المؤسسة وقيمها.

3-2- المقابلة:

مقابلة البحث هي تقنية مباشرة تستعمل من أجل مساءلة الأفراد بكيفية منعزلة [1], بهدف مقاربة أعمق لمشكلة البحث وتحصيل أكبر قدر ممكن من المعلومات. وقد قمنا بإجراء مقابلتين, إحداهما مع مدير المؤسسة محل الدراسة والأخرى مع مراسل الإعلام الآلي الذي يعتبر المسؤول الأول على مشاريع تطوير نظام المعلومات ومتابعة مختلف مراحل الأتمتة.

3-2-1- المقابلة الخاصة بمدير المؤسسة: تضمنت ثمانية أسئلة, تتعلق الخمسة الأولى منها ببرامج تحسين جودة الخدمات الصحية, أما الثلاثة الأخيرة فخصصت لمكانة نظام المعلومات في المؤسسة ومشاريع تطويره.

❶ - زال تعتقدون أن عملية تحسين جودة الخدمات الصحية تمثل تحديا حقيقا لمؤسستكم ؟

الإجابة: نستطيع القول أنها أصبحت ضرورة ملحة خاصة مع التزايد المستمر للنفقات الصحية التي أصبحت تثقل كاهل الدولة, والتي يعود سببها الرئيسي إلى عدم ترشيد استخدام الموارد. تقديم خدمة ذات جودة لا يعني فقط تحسين عملية التكفل بالمريض, لأن الوصول إلى ذلك يتطلب مجموعة من الأنشطة والمهام التي يجب أن تؤدى على أكمل وجه. والتحدي بالنسبة لمؤسستنا بشكل خاص وللمؤسسة الصحية الجزائرية بشكل عام يكمن في ترسيخ ثقافة الجودة لدى جميع فئات الموظفين سواء كانوا إداريين أو أطباء والسهر على احترام حقوق المريض.

❷ - ما زاي التوجهات الإستراتيجية التي تعتمدزا مؤسستكم في إطار ترقية خدماتها ؟

الإجابة: نحن نعتمد على نتائج التقييم السنوي ومن خلالها نتبنى برامج تحسينية, تتعلق بمختلف الجوانب التي تعاني من نقص في الأداء, غير أن التوجه الاستراتيجي الأساسي تحدده الوزارة الوصية ضمن مشروعها الإصلاحي للقطاع الصحي, نحن لسنا مؤسسة مستقلة تنتج سلعا صناعية إنما مؤسسة عمومية تنتج خدمات صحية والفرق كبير بين الحالتين, لا يمكننا اختيار توجه استراتيجي معين بمعزل عن الخطوط الرئيسية التي تضعها السلطات العمومية, لذا فإن تحركاتنا محدودة فيما يتعلق برسم خطط إستراتيجية ذاتية بعيدة المدة.

❸ - زال تعتقدون أن التنظيم الداخلي لمؤسستكم يستجيب للتغيرات الجديدة التي تعرفها المنظومة الصحية الجزائرية ؟

الإجابة: إن أكبر مشكل تعاني منه المؤسسة هو اعتماد أساليب تسيير تقليدية, نفتقر إلى أدوات حديثة من شأنها تحفيز العامل وإشراكه في القرار. وأعتقد أن الكثير من المؤسسات الصحية ليست مهيأة تماما لبعض المشاريع الإصلاحية, لنقص التجربة والتكوين وغموض بعض المفاهيم. غير أن الظروف المحلية والدولية لم تعد تسمح بتأخير الإصلاح أو تأجيله.

(1)- موريس أنجرس, ***مرجع سابق***, ص197.

❹ - ما زاي أزام العوائ5 والصعوبات التي تقف في وجه تطبي5 برامج جودة بمؤسستكم ؟

الإجابة: هناك العديد من العوامل التي تحد من قدرتنا على تطبيق برامج الجودة وتبنيها, منها ما يتعلق بمشاكل المنظومة الصحية بشكل عام, ومنها ما يرتبط بثقافة الكادر البشري داخل المؤسسة, إضافة إلى المحيط الاجتماعي والسياسي, إلا أن المشكل الرئيسي يكمن في عدم وجود مجال حرية كافي في الإدارة والتسيير وعدم وجود أهداف ومشاريع خاصة.

❺ - زال تلبي التغييرات التي تتخذزا مؤسستكم مضمون الإجراءات الإصلاحية التي تتبنازا المنظومة الصحية ؟

الإجابة: يجب أن تتوافق السياسات المتبعة من طرف المؤسسة مع التوجهات الإستراتيجية للمنظومة الصحية وأن تلبي أهدافها العامة, لأن المجال الصحي يعتبر من أكثر المجالات تعقيدا وتأثيرا على حياة أفراد المجتمع لا مجال فيه للتصرفات غير المخططة أو العشوائية. حتى عند قيامنا باتخاذ إجراءات معينة لمواجهة وضع ما لا بد أن نكيفها مع الواقع الصحي وقوانين المنظومة الصحية.

❻ - زال تؤمنون بأزامية الدور الذ ي يلعبه نظام المعلومات في المؤسسة الصحية ؟

الإجابة: من الواضح أنه في الوقت الذي تتجه فيه الأنظمة الصحية في البلدان المتطورة إلى تصميم مستشفيات افتراضية وتعميم ما يسمى بالعلاج عن بعد, نخطو نحن الخطوات الأولى باتجاه ترسيخ ثقافة المعلومة المشتركة وضمان أنظمة معلومات تستجيب لتحديات الواقع الصحي. الدور المهم الذي يلعبه نظام المعلومات يتزايد تأثيره يوما بعد يوم بسبب التطورات التكنولوجية والتقنية المتسارعة في المجال الطبي لذا لا يمكننا تجاهل ضرورة تصميم أنظمة فعالة لمواكبة هذا التطور.

❼ - ماذا اتخذتم من إجراءات لأتمتة مختلف وظائف المؤسسة ؟

الإجابة: الإجراءات التي نتخذها في عمومها تندرج ضمن برنامج الوزارة الوصية الخاص بأتمتة القطاع الصحي الذي كانت بدايته الحقيقية سنة 2001, على مستوى مؤسستنا يعرف تطبيق هذا البرنامج تطورا مستمرا ويلبي في أغلب الأحيان أهدافه المسطرة, وذلك يرجع لكوننا نولي عناية خاصة بهذا المشروع لإدراكنا وقناعتنا التامة بأهميته في تحسين جودة الخدمات المقدمة, ويظهر ذلك من خلال تخصيص الموارد المالية اللازمة وتوفير التكوين اللازم للمستخدمين.

❽ - ما تقييمكم للجهود المبذولة في زاذا الإطار ؟

الإجابة: لا يمكن بأي حال من الأحوال أن يكون البرنامج السالف الذكر خاليا من العيوب والنقائص, التي يتعلق أغلبها بتصميم برمجيات تستجيب لتعقد الأنشطة الصحية فضلا عن قلة خبرة المستخدم النهائي, لكن يمكننا القول أن التقدم العملي للبرنامج لا باس به هذا ما دفع الوزارة الوصية إلى

الانتقال إلى المرحلة الأهم وهي تصميم شبكة خاصة بالقطاع الصحي ***Réseau Intranet Santé*** والتي يتوقع أن تكون فوائدها وتأثيراتها الإيجابية كبيرة.

3-2-2- المقابلة الخاصة بمراسل الإعلام الآلي: تضمنت خمس أسئلة تعلقت في مجملها بوظيفة نظام المعلومات في المؤسسة والدعم الذي يوفره الإعلام الآلي لها.

❶ - هل تعتقدون أن الإعلام الآلي يلعب دورا كاملا في دعم نظام المعلومات بالمؤسسة ؟

الإجابة: لا أعتقد ذلك, والسبب الرئيسي يعود إلى ثقافة المستخدم النهائي ورؤيته الخاصة لفائدة نظام المعلومات, الفكرة السائدة هي أن الإعلام الآلي وسيلة أتمتة فقط, متجاهلين الجانب الآخر الذي يغطيه وهو تغيير مضمون الأنشطة وتعديلها بما يتوافق والتغييرات المطلوبة, سوق البرمجيات توفر في وقتنا الحالي منتجات جد متطورة لو أحسنا استغلالها لكان بإمكاننا التحدث عن دور حقيقي يمكن للإعلام الآلي أن يلعبه في دعم أنظمة المعلومات.

❷ - هل تقومون بتطوير برمجيات وأنظمة خاصة بمؤسستكم ؟

الإجابة: البرمجيات الرئيسية توفرها الوزارة الوصية واستعمالها يكون معمم على جميع المؤسسات الصحية بالوطن, لكن هذا لا يعني أننا لا نطور برمجيات خاصة, فبرمجية ***Evaluation*** الخاصة بتقييم مهارة العاملين هي تصميم خاص بالمؤسسة, والشبكة المحلية ***Réseau Local*** التي تهدف إلى ربط حواسيب جميع مكاتب المؤسسة هي الأخرى تطوير خاص بنا, لكنني أعتقد أن ما يتم تحقيقه من هذه الناحية غير كافي بالنظر إلى الموارد المالية التي تخصصها إدارة المؤسسة لدعم مشاريع تطوير نظام المعلومات, والسبب في ذلك يعود إلى مستوى المستخدم النهائي وثقافته فضلا عن عدم وجود وحدة خاصة بالبحث والتطوير.

❸ - هل تقنيوا الإعلام الآلي على علاقة تبادلية مع مختلف نظرائهم من الكادر الطبي والإدارة؟

الإجابة: توجد علاقة عمل رسمية تفرضها ضرورة تكوين الموظفين عند إدخال برمجية جديدة, وإن كان التبادل يبدو أكثر كثافة بيننا وبين موظفي مكتب الدخول لأن برمجية ***PATIENT*** تعتبر البرمجية الرئيسية في المؤسسة وتغطي مجالات كثيرة لكونها تهتم بتسيير ملف المريض وتوثيق معلوماته, فهي تحتاج إلى تكوين مستمر.

❹ - هل تعتقد أن المكانة التي تحتلها وظيفة الإعلام الآلي في المؤسسة كافية ليؤدة مهامه على أكمل وجه ؟

الإجابة: إن المهمة الرئيسية للإعلام الآلي هي دعم نظام المعلومات بالأدوات التقنية الحديثة والتكنولوجيا المتطورة, وبما أن استغلال التكنولوجيا ضعيف جدا في مؤسستنا وفي معظم المؤسسات الصحية على مستوى الوطن لا يمكننا أن نتوقع من الإعلام الآلي وتقنييه الكثير, فضلا على أن

المؤسسات في البلدان المتطورة تسخر مديرية بأكملها لنظام المعلومات والإعلام الآلي, تشتمل على عدة مكاتب وتوكل إليها مسؤوليات مختلفة منها التطوير والتصميم والتكوين, وذلك لاقتناعهم بدور الإدارة الجيدة للمعلومة في تحسين الأداء وضمان تقديم منتجات ذات جودة, غير أن ذلك في مؤسستنا غير متوفر, فنحن لا نملك حتى مكاتب مستقلة وليس لنا مكان في الهيكل التنظيمي.

❺ - زال تعتقد أن نظام المعلومات مصدر قيمة حقيقية للمؤسسة ؟ ما زاي أوجه زاذا القيمة؟

الإجابة: نظام المعلومات لا يمكن أن يقوم بدور سحري وأن يحول مؤسسة فاشلة إلى أخرى رائدة, فما هو إلا مجموعة من الوسائل المادية والبشرية والبرمجية التي تهدف إلى تحصيل ومعالجة المعلومات. كما أخبرتك يمكن أن يكون مصدر قيمة حقيقية إذا فهمنا نحن كموظفين في المؤسسات الصحية الدور الإيجابي الذي تلعبه المعلومات وأن نملك رؤية مغايرة لتلك التي نملكها الآن, يجب أن نرسخ ثقافة جديدة عنوانها المعلومة المشتركة ومن دون ذلك لا يمكن لنظام المعلومات أن يغير شيئا من واقع المؤسسة ولا من مستقبلها. أما فيما يتعلق بسؤالك حول أوجه هذه القيمة, فعلى سبيل المثال يوفر معلومات تعتبر الركيزة والقاعدة لأي نشاط تقييمي أو تصحيحي, يوفر مؤشرات قيادة ومتابعة أو ما يعرف بلوحات القيادة ***Tableaux de Bord***, يغير من طبيعة النشاط أو الوظيفة من خلاله تحسينها وتجاوز نقائصها, يلغي الكثير من الإجراءات اليدوية الروتينية وبالتالي استهلاك أقل للوقت. ولعل القيمة الحقيقية تتمثل في توفير معلومات دقيقة تساعد في اتخاذ القرار الصحيح والاختيار الأمثل بين عدة بدائل.

من خلال تفريغ معطيات المقابلتين وتحليل نتائجهما, يمكننا تسجيل الملاحظات التالية:

- هناك رغبة قوية لدى إدارة المؤسسة في تحسين الخدمات الصحية المقدمة وتبني برامج جودة, غير أن هناك عدة عوائق تحد من هذه الرغبة أهمها الثقافة الداخلية وارتباط توجهاتها الإستراتيجية بتوجهات الوزارة الوصية, غير أننا لم نلمس من خلال إجابات المدير ما يدل على تبني مشاريع جادة بهذا الخصوص.

- تحتل مشاريع تطوير نظام المعلومات وتبني التكنولوجيات الحديثة للإعلام والاتصال مكانة بارزة في التوجهات الحالية للمؤسسة, يرجع ذلك إلى التوصيات الوزارية الخاصة بأتمتة القطاع الصحي, فضلا عن الجهود الخاصة لمدير المؤسسة الذي يبدو مدركا لأهمية نظام المعلومات وواعيا بدوره في تحسين جودة الخدمة الصحية.

- نظام المعلومات الحالي يشهد مشاريع تطوير متواصلة حتى يستجيب لتعقيدات الواقع الصحي ويتكيف مع خصوصياته, لكن يبقى التحدي الأساس هو تكوين المستخدم النهائي وتوعية مختلف

موظفي المؤسسة خاصة الكادر الطبي وشبه الطبي منهم بأهمية الدور الذي تلعبه أنظمة المعلومات في دعم الأنشطة وتحسين الإجراءات الإدارية وحتى العلاجية, هذا التحول في النظر إلى المعلومة وتأثيراتها يحتاج إلى تغير جذري في الفكر التنظيمي بما يسمح بإعادة صياغة الأهداف والقيم.

- عدم وجود مديرية خاصة بنظام المعلومات يشكل عائقا حقيقيا واستمرار هذا الوضع يحد من إمكانيات قيامه بوظائفه على أكمل وجه, فضلا على أن المخصصات المالية لا تمثل حلا متكاملا لدعم مشاريع التطوير, هذه الأخيرة تحتاج إلى إعداد بحوث وصياغة تصاميم واقتراح أنظمة, إنشاء مكتب خاص بالبحث والتطوير يعتبر عاملا رئيسيا لإنجاح هذه المشاريع ودعمها.

4- مساهمة لتفعيل دور نظام المعلومات بمستشفى بشير بن ناصر:

اعتمادا على الواقع المدروس بالمؤسسة, تحليل المعطيات المحصلة, تفسير النتائج, الأخذ بعين الاعتبار توجيهات وتطلعات الكادر البشري بالمؤسسة فضلا عن الإطار النظري لموضوع البحث, يمكننا تقديم مساهمة لتحسين إدارة المعلومات وتفعيل دورها في التسيير الجيد لملف المريض, وذلك من خلال:

- اقتراح هيكل تنظيمي لمديرية نظام المعلومات.
- اقتراح خطة لتطوير نظام معلومات مكتب الدخول.

4-1- اقتراح هيكل تنظيمي لمديرية نظام المعلومات:

إن اختصار وظيفة الإعلام الآلي الذي يعتبر داعما حقيقيا لنظام المعلومات في مراسل وبضعة تقنيين وعدم وجود تنظيم رسمي لوظيفة نظام المعلومات نفسها, يجعل من الصعب إن لم نقل من المستحيل أن يقوم هذا الأخير بتأدية المهام المنوطة به. لهذا نرى أنه من الضروري استحداث مديرية خاصة بنظام المعلومات (انظر الشكل رقم27), تكون مكلفة بـ:

- تصميم وإعداد مخطط نظام المعلومات.
- تطوير نظام المعلومات بالاعتماد على احتياجات المستخدمين.
- السهر على تطبيق توصيات برامج الأتمتة المتبعة من قبل الوزارة الوصية.
- ضمان التناسق الوظيفي والتقني, جودة وأمن نظام المعلومات والتحكم في التكاليف والآجال.

تكون هذه المديرية مكونة من المصالح الفرعية التالية:

- **مصلحة المعلومة الطبية وإدارة ملف المريض** , مهمتها تنظيم ملفات المرضى وإرساء نموذج موحد لها إضافة إلى تفعيل دور المعلومات الطبية.
- **مصلحة تخطيط ومتابعة الموارد والميزانية**, مهمتها تخطيط وتخصيص الموارد المالية, المادية والبشرية لاشتغال نظام المعلومات.

لشكل رقم (28): هيكل تنظيمي مقترح لمديرية نظام المعلومات

مديرية نظام المعلومات

مصلحة المعلومة الطبية وإدارة ملف المريض

- معالجة المعلومات الطبية وتوثيقها ضمن ملف نموذجي.
- توفير المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات العلاجية.
- إدارة ملف المريض وإعداد المخطط العلاجي الخاص به.
- تسهيل استرجاع المعلومات الطبية وتفعيل دورها في المؤسسة.

مصلحة تخطيط ومتابعة الموارد والميزانية

- إعداد الميزانيات وتخصيص الموارد المالية والمالية والبشرية لاشتغال نظام المعلومات.
- إعداد مخطط عملي لنظام المعلومات وتسخير الإمكانيات لمتابعته وتقييمه.
- دراسة قيمته المضافة ومقارنتها مع تكاليف اشتغاله وتطويره.

مصلحة تنظيم التدفق المعلوماتي

- إعداد نماذج معطيات خاصة بكل وظيفة داخل المؤسسة.
- وضع مخطط لانسيابية المعلومة لمختلف أنشطة المؤسسة مع مراعاة خصائص كل منها.
- تنظيم تدفق المعلومات بين مختلف المصالح الطبية والإدارية.

مصلحة البحث, التطوير وتنسيق المشاريع

- دعم مشاريع تطوير النظم والبرمجيات بما يتوافق واحتياجات المستخدم النهائي.
- تعزيز البحوث المتعلقة بأحدث تطبيقات أنظمة المعلومات في المجال الصحي.
- التنسيق مع إدارة المؤسسة لتنفيذ مشاريع التطوير.

مصلحة إدارة التغيير ومراقبة الجودة

- إدارة التغيير بوظيفة نظام المعلومات ودراسة احتمالات مقاومته وتسخير الحلول الممكنة.
- تحليل الأداء الحالي لنظام المعلومات ورصد أهم النقائص التي يعانيها.
- تطبيق برامج جودة ومتابعة تنفيذها والسهر على فعالية وسلامة خصائص النظام.

مصلحة تكوين وتدريب الكوادر البشرية

- تنظيم دورات تكوينية لمستخدمي النظام حول النظم والبرمجيات المستحدثة.
- دعم التنسيق والتواصل بين التقنيين والإداريين داخل وظيفة نظام المعلومات.
- تعزيز تفاعل الكادر البشري مع التطورات التكنولوجية التي تخص أنظمة المعلومات.

المصدر: من إعداد الطالبة

- **مصلحة تنظيم التدفق المعلوماتي,** مهمتها إعداد مخططات نموذجية لدورة المعلومة خاصة بكل وظيفة في المؤسسة والسهر على الالتزام بها.
- مصلحة البحث, التطوير وتنسيق المشاريع
- **مصلحة إدارة التغيير ومراقبة الجودة,** مهمتها السهر على سلامة خصائص نظام المعلومات والمحافظة على مستوى معين من جودته.
- **مصلحة تكوين وتدريب الكوادر البشرية,** مهمتها تأهيل مستخدمي النظام وتمكينهم من استعمال تطبيقاته المستحدثة.

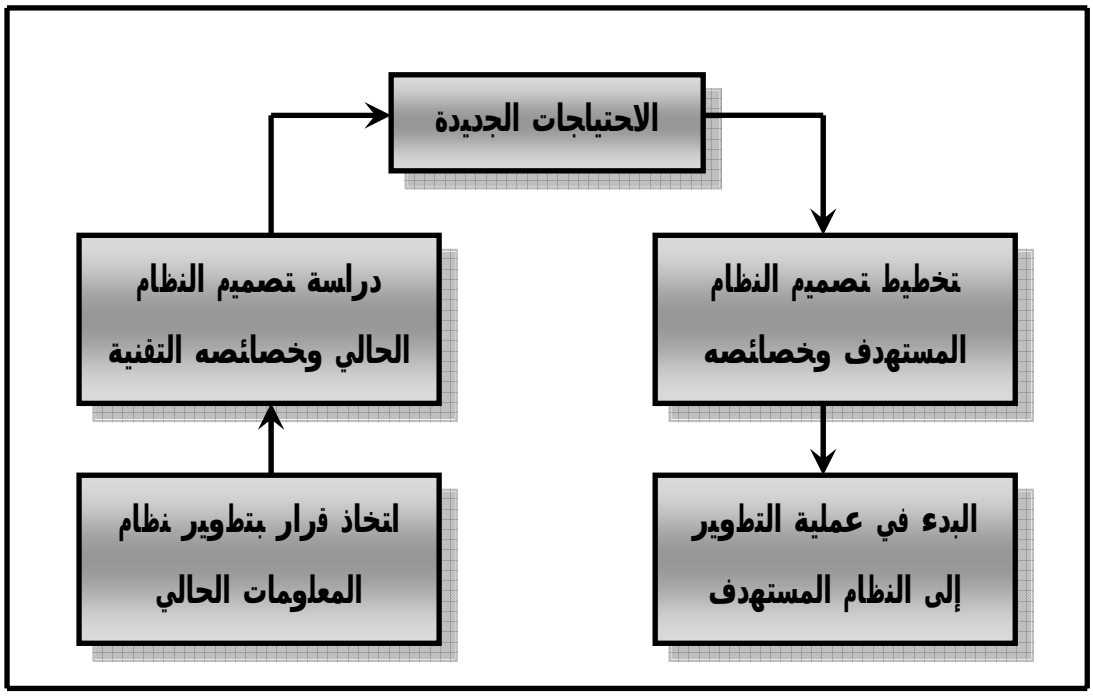
2-4- اقتراح خطة لتطوير نظام معلومات مكتب الدخول:

يعتبر نظام المعلومات الخاص بتسيير مكتب الدخول النظام الرئيسي في المستشفى, ويرتكز على برمجية ***PATIENT*** التي صممتها الوزارة الوصية في إطار برامجها الإصلاحية الخاصة بأتمتة القطاع الصحي, ونظرا لصعوبة تكييف البرمجيات والنظم مع واقع المؤسسة الصحية خضعت للعديد من التعديلات, لكنها استجابتها لاحتياجات مستخدميها تبقى محدودة.

تتضمن خطة التطوير المقترحة ثلاثة خطوات أساسية (انظر الشكل التالي):

* تحليل وضعية النظام الحالي.
* تحديد خصائص النظام المستهدف.
* البدء في تطوير نظام المعلومات الحالي إلى النظام المستهدف.

الشكل رقم (29): مخطط تطوير نظام المعلومات



المصدر: من إعداد الطالبة

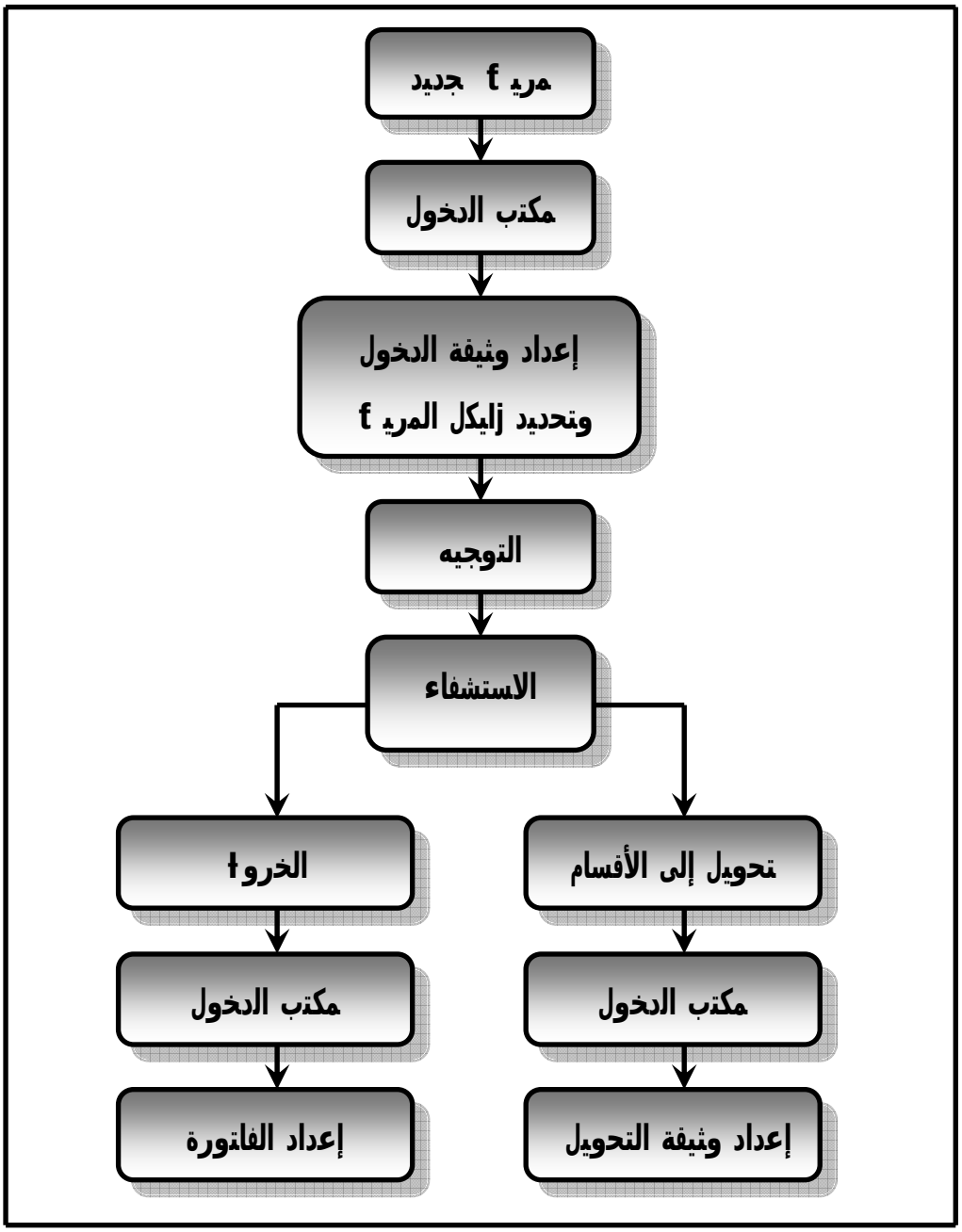
1- تحليل وضعية النظام الحالي:

يظهر من خلال الشكل التالي أن نظام التكفل بالمريض في مكتب الدخول يعاني من مجموعة من النقائص, نذكر منها:

* المعلومات تنتقل في اتجاه واحد, مما يعيق تبادل المعلومات الذي يفيد في تجنب تكرار تسجيل المعطيات ويعزز الاتصال بين مختلف مستخدمي النظام.

* المعلومات التي يعالجها تمثل جزء بسيطا من حركة المريض داخل المستشفى مما يساهم في إنتاج ملف طبي غير متكامل.

الشكل رقم (30): التكفل الإداري بالمريض وفق برمجية *PATIENT*.



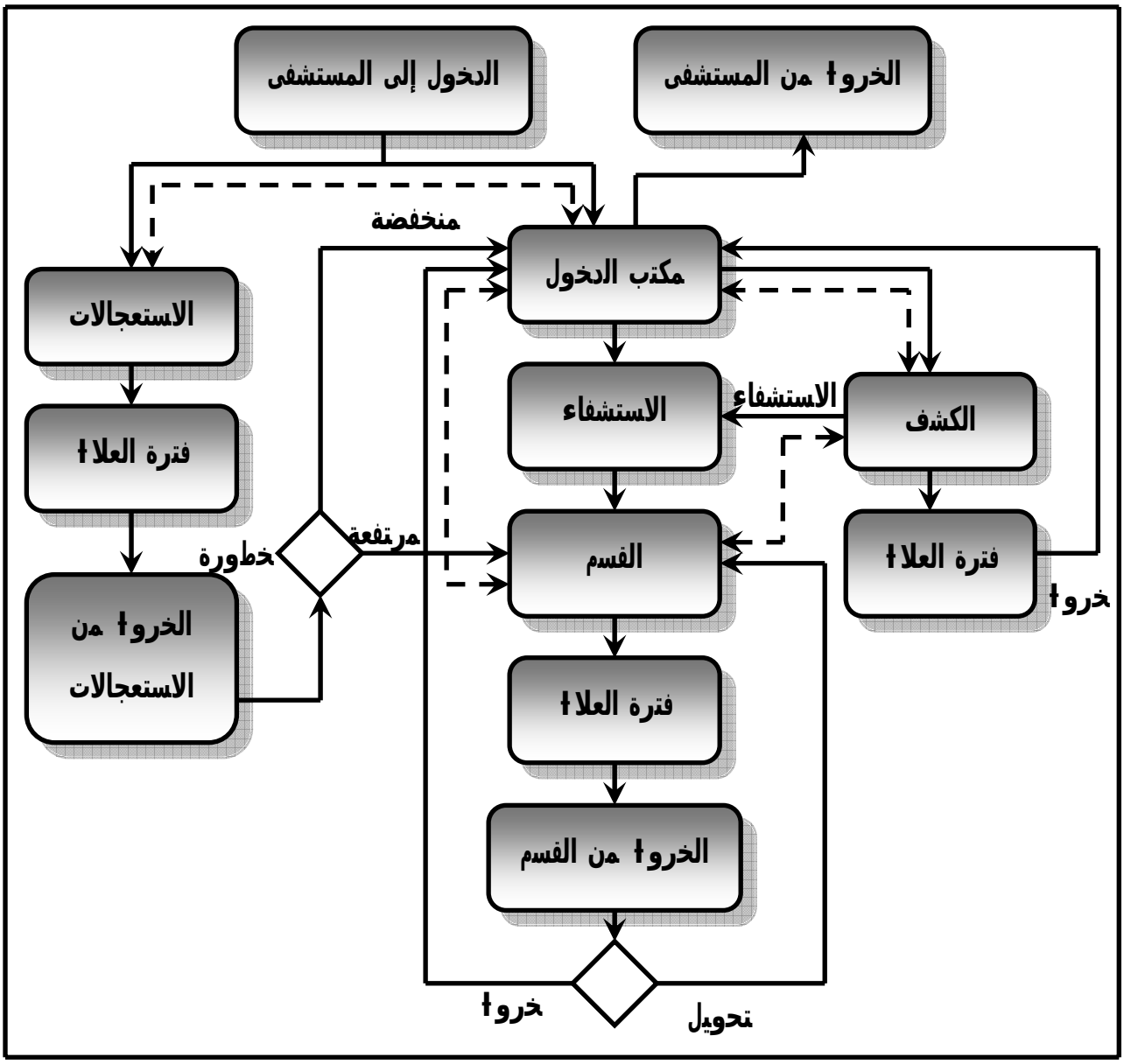
المصدر: مراسل الإعلام الآلي

2- خصائص النظام المستهدف:

* يحقق التكامل بين المعطيات الطبية والإدارية.
* يتمركز حول المريض ويسجل كل المعطيات المتعلقة بحركته داخل المستشفى.
* يضمن إنتاج ملفات المرضى بطريقة مهيكلة ومتكاملة.

وذلك ما يتجلى في الشكل التالي:

الشكل رقم (31): النموذج المقترح لاشتغال نظام معلومات مكتب الدخول



المصدر: من إعداد الطالبة

يقوم النظام بتسجيل ومعالجة المعطيات الخاصة بـ:

- مريض جديد تستدعي حالته التوجه إلى قسم الاستعجالات, يقوم النظام بإرسال المعلومات المتعلقة بحالته إلى القسم المناسب للاستشفاء إن كانت درجة خطورة حالته الصحية مرتفعة, أو إلى مكتب الدخول إذا كانت درجة الخطورة منخفضة, بناءا على المعلومات التي يستقبلها مكتب الدخول يتم إعداد وثيقة الخروج والفاتورة, أو إرسال ملف المريض إلى قسم الكشف إذا لم يتم الشفاء الكامل.
- مريض جديد يخضع للفحص ثم يتم توجيهه إلى القسم المناسب لحالته, يقوم النظام بتسجيل المعطيات الخاصة به ثم إرسالها إلى القسم المناسب, بعد خروج المريض يتم إرسال ملفه إلى مكتب الدخول لإعداد وثيقة الخروج والفاتورة, أو تحويله إلى قسم آخر إذا استدعت حالته ذلك.
- مريض مسجل له موعد مسبق يمر مباشرة إلى الاستشفاء.

الأسهم المتقطعة تدل على أن إرسال المعلومات يكون ذهابا وإيابا وبصفة تبادلية بين مكتب الدخول وقسم الكشف, بين مكتب الدخول وقسم الاستشفاء, بين مكتب الدخول وقسم الاستعجالات وأخيرا بين قسم الكشف وقسم الاستشفاء.

3- البدء في عملية التطوير:

عند اتخاذ قرار بتطوير نظام المعلومات الحالي (أو نظام فرعي منه), يجب الشروع في إدارة التغيير على ثلاثة مستويات:

- على المستوى المادي, من خلال شراء التجهيزات والبرمجيات التي تناسب التطوير الحاصل.
- على المستوى المالي, من خلال تخصيص الموارد المالية اللازمة لتمويل مشروع التطوير.
- على المستوى التنظيمي, من خلال إعادة تنظيم بما يتوافق والوضعية الجديدة.

إضافة إلى تكوين الكادر البشري الذي سيتأثر بمشروع التطوير (المستخدم النهائي للنظام), وتحضيره لأساليب العمل الجديدة.

خلاصة الفصل الثالث:

أظهرت الدراسة الميدانية لمستشفى بشير بن ناصر, أن نظام المعلومات في وضعية لا تمكنه من التأثير على جودة الخدمة الصحية المقدمة, حيث أن الدور الذي يقوم به يقتصر على تحسين العمل الإداري (إدارة المخزون, الأجور, تسيير الميزانية,....الخ).

مشاريع تطوير نظام المعلومات التي انطلقت سنة 2001, لم تأت بالكثير, والعيب لا يكمن في المشاريع نفسها, إنما في واقع المستشفى وثقافته التنظيمية, فضلا على عدم قيام النظام بوظائفه على أكمل وجه, فتحصيل ومعالجة المعطيات لا يتم بطريقة منظمة, ولا يخضع لمقاييس الدقة الملاءمة.

نظام معلومات المؤسسة محل الدراسة يحتاج إلى إعادة تصميمه بشكل يزيد من فعاليته, من خلال تبني الإدارة لمشروع تطوير لنظمه الفرعية, حتى يتمكن من خلق قيمة مضافة حقيقية للمستشفى ويساهم في تحسين خدماته.

الخاتمة

يعاني القطاع الصحي في الجزائر بشكل عام والمؤسسة الصحية بشكل خاص من مشاكل وصعوبات يزداد توسعها وتفاقمهما مع الوقت, وذلك لغياب الاهتمام الفعلي بالإصلاحات فاي هذا المجال الحساس, وبقاء هذه الأخيرة في إطارها النظري من توصيات وقوانين لم يؤدي إلى تحقيق النتائج المرجوة والأهداف المسطرة, لذلك وجب إعطاء حلول عملية تساهم فاي ترقياة خدمات المؤسسات الصحية خاصة إذا كانت تنافسية هذا النوع من الخدمات في تطور مستمر, فضلا على أن العلاقات التي تربط بين المرضى ومقدمي الخدمات الصاحية تتغياار بشاكل متسارع, ونتيجة لذلك أصبحت المؤسسات الصحية تواجه تحديا حقيقيا من النواحي التالية:

- المطالبة بأمن أكثر في الوسط الصحي.
- ضرورة التحكم في المخاطر المتعلقة بأداء الأنشطة الصحية.
- التوجه نحو خدمات علاجية ذات جودة عالية.
- وجود معايير ودلائل ملموسة لجودة الخدمات المقدمة.
- إمكانية قيام المريض بالمقارنة بين عدة مقدمين للخدمات الصحية.
- وجوب ضبط الممارسات المهنية في المؤسسات الصحية وإخضاعها لمؤشرات تقييمية صارمة.

استجابة لهذه التحديات, تجد المؤسسة نفسها مضطرة لتبني برامج جودة تحسن من تنظيم الخدمات العلاجية وكيفية التكفل بالمرضى, غير أن الطبيعة المعقدة للنشاط الصحي لعبت الدور الحاسم في غموض مفاهيم الجودة, حيث أن هذه الأخيرة لا تعني فقاط تقاديم حاال علاجاي مرضي للمريض, إنما تقتضي فعالية جميع أقسام المؤسسة ومصالحها, وكفاءة استخدام الموارد بمختلف أشكالها. شفاء الزبون أو تحسين حالته الصحية هو نتيجة إجراءات متسلسلة وأنشاطة متداخلة مرتبطة فيما بينها بتدفقات مادية, بشرية ومعلوماتية. يبقى السؤال الرئيساي علاى أي جانب نركز عند بحثنا عن الجودة, وأي وظيفة من وظائف المؤسسة يمكن أن نعتبرها الأساس في ترقية العمل المؤدى.

تعتبر أنظمة المعلومات قاعدة أساسية في تسيير مختلف هياكل المؤسسة الصحية وذلك لما يترتب على الإدارة الجيدة للمعلومة من اختصار للوقت والجهد وتخفيض في التكاليف وكذا إلغاء الإجراءات الإدارية الروتينية التي تصبح بوجود أنظمة المعلومات غير ضرورية, والتحكم في مختلف هذه الجوانب ينتج عنه الارتقاء بالخدمات العلاجية إلى مستوى الجودة المطلوب.

إهمال المؤسسات الصحية لموردها المعلوماتي يمثل أحد أسباب التدهور الذي تعرفه الخدمات الصحية, فغالبا ما يتم تجاهل الأثر الجوهري الذي تملكه الأصول الغير ملموسة, مما يؤدي إلى إغفال جانب مهم بدل دعمه وتعزيزه.

من خلال الإطلاع على واقع نظام المعلومات في مستشفى بشير بن ناصر, اتضح لنا وجود عجز معلوماتي حقيقي بالرغم من محاولات الإصلاح التي تبادر بها الوزارة الوصية, خاصة في ما يتعلق بأتمتة القطاع الصحي. هذا القصور في قيام نظام المعلومات بدوره كاملا في التحكم في الوقت وترشيد استخدام الموارد يعود إلى جملة من الأسباب, منها:

- غياب شبه تام لإدراك قيمة المعلومة واعتبارها موردا ثانويا, لا يؤدي سوء استغلاله إلى نتائج سلبية معتبرة. يعود ذلك إلى ثقافة وقيم المؤسسة التي لم تنمى لتخدم هدف تقاسم المعلومة وإدارتها بشكل فعال.

- التأخر التكنولوجي والتخلف التقني يعدان أحد الأسباب الجوهرية في عدم فعالية أنظمة المعلومات المستخدمة في المستشفى محل الدراسة,. السوق البرمجي يوفر حلولا ونظما متطورة تساعد على اتخاذ القرار التشخيصي وتدعم الإجراءات العلاجية, والاستفادة من مزايا التكنولوجيات الحديثة تقتضي مستخدما متعلما ومنفتحا, هذا ما يقودنا إلى التركيز مجددا على إعادة تأهيل الموارد البشرية وتعزيز مهاراتها.

- سوء توظيف المعلومة المعالجة في برامج التقييم والمتابعة. تحليل الوضعيات التي تمر بها المؤسسة وتفسير النتائج المحققة, قاعدته الأساسية توفر معطيات دقيقة ونموذجية تصلح لأن تخلق معايير ومؤشرات رقابية.

وفي ظل هذا الوضع لا يمكن أن يقوم نظام المعلومات بدور ملموس في تحسين الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى, هذا ما يؤكد صحة الفرضية الأولى, حيث أن سلامة خصائص النظام الداخلية من حيث أدائه الكامل لأدواره المتمثلة في الجمع المهيكل, المعالجة السليمة والتوظيف الدقيق للمعلومات, هي شرط أساسي كي يتمكن من القيام بوظائفه ومن ثم تحسين جودة الخدمة المقدمة.

الثقافة التنظيمية السائدة التي ظهرت من خلال نتائج الاستمارتين والمقابلتين, تعتبر أحد الأسباب الرئيسية في عدم فعالية نظام المعلومات وعدم قدرته على التأثير على جودة الخدمة الصحية, خاصة وأن المستخدم النهائي للنظام لا يثمن قيمة المعلومة ولا يعتبرها مصدر قيمة للمستشفى, وهذا ما يثبت صحة الفرضية الثانية.

على ضوء نتائج البحث, يمكننا تقديم بعض المقترحات تساعد المؤسسات الصحية على تفعيل دور نظام المعلومات وجعله مصدرا للقيمة والمنفعة:

- إعطاء مكانة أكبر لوظيفة نظام المعلومات في الهيكل التنظيمي.
- تخصيص دورات تدريبية لموظفي المؤسسة (الإداريين والطبيين) بخصوص تقنيات الإعلام الآلي.
- الاستفادة من تطور تكنولوجيات الإعلام والاتصال وتسخيرها لخدمة وظائف نظام المعلومات وأهدافه.
- إعادة تصميم نظام المعلومات الحالي بشكل يتوافق مع أنشطة المؤسسة ومهامها المختلفة.
- دعم مشاريع تطوير النظم والبرمجيات داخل المؤسسة.
- فتح أبواب المؤسسة للطلبة والباحثين وتعزيز التعاون العلمي والمعرفي.

إن مشاريع الإصلاح خاصة تلك المتعلقة بتطوير أنظمة المعلومات, لن تحقق غاياتها إن لم تدرس واقع المؤسسة الصحية, ترصد نقائصها واختلالاتها وتسجل إمكانيتها وطاقاتها. تصميم أنظمة خبيرة قد لا يأتي بالكثير لمؤسسات لازالت تعتمد أساليب تسيير تقليدية, لا يتعلق نجاح نظام المعلومات بالتكنولوجيا التي تدعمه فحسب إنما بقدرة مصمميه على تكييفه مع احتياجات المؤسسة ومتطلباتها أولا ثم بثقافة مستخدميه ومدى إدراكهم لأهمية المعلومة ودورها في تحسين الأداء وتفعيل الاتصال والتبادل ومن ثم العمل المشترك.

الملاحق

الملحق رقم (01): أمثلة عن مؤشرات جودة الخدمة الصحية.

	المؤشرات الفرعية	أمثلة
مؤشرات البنية	مؤشرات تسيير الموارد البشرية	▪ نسب طلب التحويل. ▪ نسب الغياب. ▪ نسب الترقية الوظيفية. ▪ نسب التكوين المستمر. ▪ حجم فرق العمل.
	مؤشرات الإقامة	▪ عدد الأسرة لكل غرفة. ▪ عدد الغرف التي تتسع لمرافق مريض. ▪ عدد الأسرة في قسم الأطفال. ▪ عدد الغرف التي تحتوي على أجهزة اتصال.
	مؤشرات الخدمات اللوجستية	▪ فترة تدخل المصالح التقنية عند حدوث عطل. ▪ نسب الصيانة الدورية للتجهيزات.
مؤشرات المسار العملياتي	مؤشرات التنظيم العلاجي	▪ فترة الانتظار في مصلحة الاستعجالات. ▪ الفترة اللازمة لإجراء التحاليل. ▪ نسبة إعادة العمليات الجراحية. ▪ نسب الملاءمة بين الممارسات والمعايير.
	مؤشرات إدارة ملفات المرضى	▪ عدد الملفات غير الكاملة. ▪ نسب مطابقة الملفات الطبية للمعايير. ▪ فترة إرسال ملف المريض من الأرشيف إلى وحدة العلاج.
	مؤشرات الخدمات الإدارية	▪ نسبة الملفات غير المعالجة في وقتها. ▪ عدد الملفات الضائعة. ▪ الفترة المتوسطة لإصدار الفواتير.
	مؤشرات اليقظة الصحية	▪ عدد الاجتماعات الدورية للمهنيين. ▪ مستوى أنشطة نقل الدم وفق التخصص. ▪ عدد الوصفات الطبية الخاطئة.
مؤشرات النتائج	مؤشرات الوفيات	▪ النسبة العامة للوفيات. ▪ نسبة الوفيات حسب نوع المرض. ▪ نسب الوفيات حسب السن. ▪ نسب وفيات الأطفال حديثي الولادة.
	مؤشرات الأمراf	▪ نسب التعقيدات غير المتوقعة أثناء الجراحة. ▪ نسب ظهور أعراض الحساسية اتجاه دواء معين. ▪ نسب انتقال العدوى.
	مؤشرات النتائج	▪ العدد الاجمالي للمرضى الذين تحسنت حالتهم الصحية. ▪ عدد الوفيات الناتجة عن أخطاء طبية. ▪ المؤشرات المالية والمحاسبية.
	مؤشرات البحK العلمي	▪ عدد المواضيع الجاري البحث فيها. ▪ عدد المطبوعات الوطنية والدولية. ▪ عدد المشاركات في المؤتمرات والملتقيات. ▪ نسبة الأيام الدراسية التي تقيمها المؤسسة.
مؤشرات الرضا		▪ نسب المرضى المتحصلين على معلومات حول العملية الجراحية قبل إجرائها. ▪ نسبة الرضا على شروط الإقامة والإطعام. ▪ نسب الاحتجاجات المتعلقة بالأمن الصحي.
مؤشرات الإنذار		▪ انقطاع التيار الكهربائي في غرفة العمليات. ▪ ضياع الأدوية المخدرة من المخزن. ▪ التسمم الغذائي.
مؤشرات التكامل الاجتماعي		▪ عدد الجوائز والمكافئات والاعتمادات. ▪ عدد ممثلي المؤسسة في الهيئات النقابية. ▪ مكانة المؤسسة إقليميا ووطنيا.

الملحق رقم (02): تطور النفقات الصحية في الجزائر (1996-2005)

المؤشرات	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
نسبة النفقات الصحية الكلية إلى ناتج المحلي الخام (%)	3.3	3.5	4.1	3.7	3.5	3.8	3.5	3.5	3.6	3.4
نسبة نفقات الإدارات الصحية إلى النفقات الصحية الكلية(%)	74.1	70.5	73.8	71.9	73.3	77.4	75.3	77.4	72.5	74.8
نسبة نفقات القطاع الخاص إلى النفقات الصحية الكلية(%)	25.9	29.5	26.2	28.1	26.7	22.6	24.7	22.6	27.5	25.2
النفقات الصحية الكلية (مليون دينار)	84088	98200	115009	121062	143870	162231	160954	185247	219247	253980
نفقات الإدارات الصحية العمومية(مليون دينار)	62323	69250	84833	87042	105503	125618	121253	143292	158893	190060

Source: Organisation Mondiale de la Santé, *Algérie:Dépenses Nationales en Santé*, Septembre 2007, www.who.com, le 13/10/2007

الملحق رقم (03): الوثيقة المتنقلة

القطاع الصحي:.....

الوحدة:.....

الوثيقة المتنقلة

معلومات حول المريض

1- رقم القبول	2- فئة الدم	3- السن

4- اللقب:..... 5- اللقب الأصلي للمرأة..... 6- الاسم:.....

7- المصلحة:.....8- اسم وصفة رئيس المصلحة:.....
9- تاريخ الدخول:.....10- ساعة الدخول:.....
11- اسم القاعة:.....12- رقم السرير:.....
13- اسم, لقب وصفة الطبيب المعالج:.....
14- طريقة الدخول:.....15- رمز الدخول:.....

الاستشفاء في قسم آخر (تنقل المريض)

16- القسم	17- تاريخ الدخول	18- ساعة الدخول
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

19- اسم القاعة/رقم السرير	20- الطبيب المعالج
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

يتبع

1- العمليات الطبية الجراحية والفحوصات التي تمت في المؤسسة الإستشفائية (التي يقوم بها الأطباء الخارجيون في المصلحة)

1-1- التاريخ	1-2- المصلحة	العمليات والفحوصات			1-6- اسم, لقب وصفة الطبيب
		1-3- الرمز	1-4- الصفة	1-5- السعر	

يتبع

2- العلاجات التمريضية (العمليات شبه الطبية) التي تؤدى في المؤسسة الإستشفائية.

2-1- التاريخ	2-2- المصلحة	العمليات والفحوصات			2-6- اسم, لقب وصفة الشبه طبي
		2-3- الرمز	2-4- الصفة	2-5- السعر	

يتبع

3- العمليات الطبية الجراحية والفحوصات التي تمت في مؤسسة خارجية (عمومية أو خاصة)

3-1- التاريخ	3-2- المصلحة	العمليات والفحوصات			3-6- اسم, لقب وصفة الطبيب
		3-3- الرمز	3-4- الصفة	3-5- السعر	

يتبع

4- الأدوية

4-1- تاريخ الوصفة	4-2- الرمز التجاري الدولي	4-3- صيغة وشكل الرمز التجاري	4-4- الكمية الموصوفة	4-5- الكمية المقدمة	1-6- اسم, لقب وصفة الواصف

الخـــــــروج

إطار مخصص للطبيب

1- تاريخ الخروج:.....
2- توقيت الخروج:.....
3- طريقة الخروج:.....
4- رمز الخروج:.....
5- تشخيص الدخول:.....
6- تشخيص الخروج:.....
7- رمز تشخيص الخروج:.....
8- رمز فئة المريض:.....

إطار مخصص لإدارة المؤسسة

9- رقم الفاتورة:.....
10- التاريخ:.....
11- المبلغ النهائي للخدمة:.....
12- رقم وثيقة الدفع:.....
13- حصة الضمان الاجتماعي:.....
14- حصة المريض:.....
15- نوع ملف الخروج:.....
16- رقم الملف:.....
17- مؤسسة الاستقبال:.....
18- رقم التكفل الصحي:.....
19- قام بمرافقة القاصر عند خروجه:.....

المصدر: وثائق المستشفى

الملحق رقم (04): استمارة خاصة بالكادر الإداري لمستشفى بشير بن ناصر.

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

كلية العلوم الاقتصادية والتسيير — جامعة محمد خيضر

قسم العلوم الاقتصادية — بسكرة

تأثير نظام المعلومات على جودة خدمات المؤسسات الصحية

دراسة حالة: مستشفى بشير بن ناصر- بسكرة

إعداد الطالبة: — تحت إشراف الدكتور:

حناي محي الشريف — ميلود تومي

البيانات الواردة في الاستمارة سرية ولا تستخدم إلا للأغراض العلمية للبحث

السنة الجامعية 2008/2007

المصلحة:.....

الوظيفة:.....

المستوىn التعليمي.....

1- زال يعتبر تقديم خدمات ذات جودة الازاتمام الرئيسي بالنسبة لp ؟

- ✷ غير موافق تماما ☐
- ✷ غير موافق ☐
- ✷ موافق إلى حد ما ☐
- ✷ موافق ☐
- ✷ موافق تماما ☐

2- ترجع أزامية تحسين جودة الخدمات الصحية باعتقادp إلى: (يمكنp اختيار أكثر من إجابة واحدة)

- ✷ الرغبة في التحكم في التكاليف المتزايدة للخدمات الصحية. ☐
- ✷ الرغبة في تلبية تطلعات أفراد المجتمع بخصوص تقديم خدمات صحية أفضل. ☐
- ✷ إنسانية الخدمات الصحية وارتباطها المباشر بالحياة البشرية. ☐
- ✷ ارتفاع مستوى تطلعات الزبائن بسبب انتشار الوعي الصحي والثقافة الطبية. ☐
- ✷ السعي إلى تقديم خدمات صحية تتماشى مع التقدم العلمي. ☐
- ✷ أخرى (حدد).....

.....

3- زال ترتبط جودة الخدمة الصحية المقدمة بـ: (يمكنp اختيار أكثر من إجابة واحدة)

- ✷ التنظيم الفعال للوحدات العلاجية. ☐
- ✷ التكفل الجيد بالمريض ومراعاة احتياجاته. ☐
- ✷ استخدام التقنيات الطبية والأساليب التشخيصية الحديثة. ☐
- ✷ اعتماد نظام رقابي صارم ودقيق. ☐
- ✷ حسن إدارة المعلومات الطبية والإدارية ودقة توظيفها (الإعلام الآلي). ☐
- ✷ أخرى (حدد).....

.....

4- زال يقوم نظام المعلومات بدور رئيسي في المؤسسة الصحية ؟

- ✷ غير موافق تماما ☐
- ✷ غير موافق ☐
- ✷ موافق إلى حد ما ☐
- ✷ موافق ☐
- ✷ موافق تماما ☐

5- أيّ نوع من المعلومات تعتبرزا مركزية لأداء المؤسسة الصحية ؟

✷ الطبية ✷ الإدارية ✷ الاثنين معا

6- اختر من بين الخصائص التالية الأكثر دلالة على فعالية نظام المعلومات:

✷ القدرة على انتقاء المعلومات.
✷ تحديد المعطيات المناسبة والضرورية.
✷ سرعة توظيف المعلومات.
✷ المعالجة الصحيحة للمعلومات.
✷ درجة السرية والموثوقية.

7- زال تعتقد أن تطوير نظام معلومات الحالي يعتبر عملية:

✷ غير صعبة تماما
✷ غير صعبة
✷ صعبة إلى حد ما
✷ صعبة
✷ صعبة تماما

8- أǎ من الوظائف التالية تحتا؟ أكثر إلى نظام المعلومات:

الطبية ✷ الإدارية ✷ الاثنين معا.

9- يؤثر نظام المعلومات على أنشطة المؤسسة من خلال: (يمكنp اختيار أكثر من إجابة واحدة)

✷ توفير المعلومات اللازمة لإرساء إجراءات علاجية وتشخيصية نموذجية.
✷ توفير المعلومات اللازمة لوضع معايير مرجعية لتقييم الممارسة المهنية.
✷ المساهمة في جودة الملفات الطبية وسلامة المعلومات الخاصة بالمرضى.
✷ المساهمة في الاستخدام الأمثل للموارد.
✷ التحكم في العامل الزمني.

10- زال يمثل نظام المعلومات دعما حقيقيا لتقييم الأنشطة ؟

✷ غير موافق تماما
✷ غير موافق
✷ موافق إلى حد ما
✷ موافق
✷ موافق تماما

11- ما درجة أزامية الدور الذǎ يلعبه نظام المعلومات في تحسين سير الإجراءات الإدارية ؟

✷ غير مهم تماما
✷ غير مهم
✷ مهم إلى حد ما
✷ مهم
✷ مهم تماما

12- زال أنت راضي على طريقة أدائp لعمل ؟

✷ غير راضي تماما

✷ غير راضي ☐

✷ راضي إلى حد ما ☐

✷ راضي ☐

✷ راضي تماما ☐

13- هل أنت راضي على الدور الذي يلعبه نظام المعلومات في تحسين أدائك ؟

✷ غير راضي تماما ☐

✷ غير راضي ☐

✷ راضي إلى حد ما ☐

✷ راضي ☐

✷ راضي تماما ☐

14- هل تلبي شروط العمل الحالية متطلباتك ؟

✷ نعم ☐ ✷ نوعا ما ☐ ✷ لا ☐

15- هل يستفيد الموظفون التابعون لمكتبك من دورات تكوينية بخصوص استخدام تقنيات نظام المعلومات ؟

✷ دائما ☐

✷ معظم الوقت ☐

✷ أحيانا ☐

✷ نادرا ☐

✷ ولا مرة ☐

16- هل تلبي هذه الدورات احتياجاتهم المعرفية ؟

✷ نعم ☐ ✷ نوعا ما ☐ ✷ لا ☐

17- هل يؤثر نظام الإعلام الآلي إيجابا على رضاهم ؟

✷ نعم ☐ ✷ نوعا ما ☐ ✷ لا ☐

18- إن كانت إجابتك " نعم " أو " نوعا ما " بين أوجه هذا التأثير:

.....

.....

.....

19- إن كانت إجابتك " لا " اختر من بين الآتي أسباب ذلك: (يمكنك اختيار أكثر من إجابة واحدة)

✷ عدم إدراكهم لأهمية نظام المعلومات (الإعلام الآلي) في تحسين سير العمل. ☐

✷ اعتبارهم لنظام المعلومات (الإعلام الآلي) استهلاكا للوقت. ☐

✷ الأعمال التي يؤدونها لا تحتاج إلى نظام المعلومات (الإعلام الآلي). ☐

20- هل يواجه المرء صعوبات في مكتب الاستقبال ؟

✷ دائما ☐

✷ معظم الوقت ☐

✷ أحيانا ☐

✷ نادرا ☐

✷ ولا مرة ☐

21- إن وجدت ما زاو مصدرزلا برأيp Ý(يمكنp اختيار أكثر من إجابة واحدة)

✷ عدم تنظيم العمل. ☐

✷ إدارة سيئة للمعلومات الخاصة بالمريض. ☐

✷ عدم كفاءة العاملين بمكتب الاستقبال. ☐

✷ كثافة الطلب على مكتب الاستقبال. ☐

✷ عدم استجابة المريض للإجراءات الإدارية ☐

✷ أخرى (حدد).....

.....

22- زال يسازام نظام المعلومات في تجاوR زاذلا الصعوبات Ý

✷ نعم ☐ ✷ نوعا ما ☐ ✷ لا ☐

23- إن كانت إجابتp " نعم " أو " نوعا ما " زال يقوم بذلp من خلال Ý(يمكنp اختيار أكثر من إجابة واحدة)

✷ توفير المعلومات المناسبة وفي الوقت المناسب. ☐

✷ ضمان جودة ملف المريض ودقة محتواه. ☐

✷ توثيق المعلومات الخاصة بالمريض وتسهيل استرجاعها. ☐

✷ أخرى (حدد).....

.....

24- ما زاي درجة جودة ملف المري f (مدnj احتوائه على كل المعلومات اللاRمة وبدقة متنازلية) Ý

✷ غير جيدة تماما ☐

✷ غير جيد ☐

✷ جيدة إلى حد ما ☐

✷ جيدة ☐

✷ جيدة تماما ☐

الملحق رقم (05): استمارة خاصة بالكادر الطبي لمستشفى بشير بن ناصر.

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

كلية العلوم الاقتصادية والتسيير — جامعة محمد خيضر

قسم العلوم الاقتصادية — بسكرة

تأثير نظام المعلومات على جودة خدمات المؤسسات الصحية

دراسة حالة: مستشفى بشير بن ناصر- بسكرة

إعداد الطالبة: — تحت إشراف الدكتور:

حناي يحي الشريف — ميلود تومي

البيانات الواردة في الاستمارة سرية ولا تستخدم إلا للأغراض العلمية للبحث

السنة الجامعية 2008/2007

المصلحة:.....

الوظيفة:.....

المستوىn التعليمي.....

1- زال يعتبر تقديم خدمات ذات جودة الازاتمام الرئيسي بالنسبة لp أ

- ✷ غير موافق تماما ☐
- ✷ غير موافق ☐
- ✷ موافق إلى حد ما ☐
- ✷ موافق ☐
- ✷ موافق تماما ☐

2- ترجع أزامية تحسين جودة الخدمات الصحية باعتقادp إلى: (يمكنp اختيار أكثر من إجابة واحدة)

- ✷ الرغبة في التحكم في التكاليف المتزايدة للخدمات الصحية. ☐
- ✷ الرغبة في تلبية تطلعات أفراد المجتمع بخصوص تقديم خدمات صحية أفضل. ☐
- ✷ إنسانية الخدمات الصحية وارتباطها المباشر بالحياة البشرية. ☐
- ✷ ارتفاع مستوى تطلعات الزبائن بسبب انتشار الوعي الصحي والثقافة الطبية. ☐
- ✷ السعي إلى تقديم خدمات صحية تتماشى مع التقدم العلمي. ☐
- ✷ أخرى (حدد).....

.....

3- زال ترتبط جودة الخدمة الصحية المقدمة بـ: (يمكنp اختيار أكثر من إجابة واحدة)

- ✷ التنظيم الفعال للوحدات العلاجية. ☐
- ✷ التكفل الجيد بالمريض ومراعاة احتياجاته. ☐
- ✷ استخدام التقنيات الطبية والأساليب التشخيصية الحديثة. ☐
- ✷ اعتماد نظام رقابي صارم ودقيق. ☐
- ✷ حسن إدارة المعلومات الطبية والإدارية ودقة توظيفها (الإعلام الآلي). ☐
- ✷ أخرى (حدد).....

.....

البعد الثاني: نظام المعلومات في المستشفى:

4- زال يقوم نظام المعلومات بدور رئيسي في المؤسسة الصحية أ

- ✷ غير موافق تماما ☐
- ✷ غير موافق ☐
- ✷ موافق إلى حد ما ☐
- ✷ موافق ☐
- ✷ موافق تماما ☐

5- أǎ نوǎ من المعلومات تعتبرزاا مركRية لأداء المؤسسة الصحية ؟

✷ الطبية ✷ الإدارية ✷ الاثنين معا.

6- اختر من بين الخصائص التالية الأكثر دلالة على فعالية نظام المعلومات :

✷ القدرة على انتقاء المعلومات.

✷ تحديد المعطيات المناسبة والضرورية.

✷ سرعة توظيف المعلومات.

✷ المعالجة الصحيحة للمعلومات.

✷ درجة السرية والموثوقية.

7- زال تعتقد أن تطوير نظام معلومات الحالي يعتبر عملية:

✷ غير صعبة تماما

✷ غير صعبة

✷ صعبة إلى حد ما

✷ صعبة

✷ صعبة تماما

8- أǎ من الوظائف التالية تحتا؟ أكثر إلى نظام المعلومات:

الطبية ✷ الإدارية ✷ الاثنين معا.

9- يؤثر نظام المعلومات على أنشطة المؤسسة من خلال: (يمكنp اختيار أكثر من إجابة واحدة)

✷ توفير المعلومات اللازمة لإرساء إجراءات علاجية وتشخيصية نموذجية.

✷ توفير المعلومات اللازمة لوضع معايير مرجعية لتقييم الممارسة المهنية.

✷ المساهمة في جودة الملفات الطبية وسلامة المعلومات الخاصة بالمرضى.

✷ المساهمة في الاستخدام الأمثل للموارد.

✷ التحكم في العامل الزمني.

10- زال يمثل نظام المعلومات دعما حقيقيا لتقييم الأنشطة ؟

✷ غير موافق تماما

✷ غير موافق

✷ موافق إلى حد ما

✷ موافق

✷ موافق تماما

11- ما درجة أزامية الدور الذǎ يلعبه نظام المعلومات في تحسين سير الإجراءات العلاجية ؟

✷ غير مهم تماما

✷ غير مهم

✷ مهم إلى حد ما

✷ مهم

✷ مهم تماما

12- زال أنت راضي على طريقة أدائp لعملp ؟

✷ غير راضي تماما ☐

✷ غير راضي ☐

✷ راضي إلى حد ما ☐

✷ راضي ☐

✷ راضي تماما ☐

13- هل أنت راضي على الدور الذي يلعبه نظام المعلومات في تحسين أدائك ؟

✷ غير راضي تماما ☐

✷ غير راضي ☐

✷ راضي إلى حد ما ☐

✷ راضي ☐

✷ راضي تماما ☐

14- هل تلبي شروط العمل الحالية متطلباتك ؟

✷ نعم ☐ ✷ نوعا ما ☐ ✷ لا ☐

15- هل يستفيد الكادر التابع لقسمك من دورات تكوينية بخصوص استخدام نظام المعلومات ؟

✷ دائما ☐

✷ معظم الوقت ☐

✷ أحيانا ☐

✷ نادرا ☐

✷ ولا مرة ☐

16- هل تلبي هذه الدورات احتياجاتهم المعرفية ؟

✷ نعم ☐ ✷ نوعا ما ☐ ✷ لا ☐

17- هل يؤثر نظام الإعلام الآلي إيجابا على رضاهم ؟

✷ نعم ☐ ✷ نوعا ما ☐ ✷ لا ☐

18- إن كانت إجابتك " نعم " أو " نوعا ما " بين أوجه هذا التأثير:

.....

.....

.....

19- إن كانت إجابتك " لا " اختر من بين الآتي أسباب ذلك: (يمكنك اختيار أكثر من إجابة واحدة)

✷ عدم إدراكهم لأهمية نظام المعلومات (الإعلام الآلي) في تحسين سير العمل. ☐

✷ اعتبارهم لنظام المعلومات (الإعلام الآلي) استهلاكا للوقت. ☐

✷ الأعمال التي يؤدونها لا تحتاج إلى نظام المعلومات (الإعلام الآلي). ☐

20- اختر عبارة من بين الآتي, الذي تنظرون إلى المريض على أنه؟

* حالة مرضية تحتاج إلى العلاج فقط. ☐
* شريك في العمل. ☐
* حالة مرضية تحتاج إلى العلاج والدعم النفسي والمعنوي. ☐

21- الذي تقومون بإعلام المريض بتطور حالته الصحية وإجراءات علاجه؟

* دائما ☐
* معظم الوقت ☐
* أحيانا ☐
* نادرا ☐
* ولا مرة ☐

22- الذي يواجه المريض صعوبات في الأقسام العلاجية؟

* دائما ☐
* معظم الوقت ☐
* أحيانا ☐
* نادرا ☐
* ولا مرة ☐

23- إن وجدت ما الذي مصدرها برأيكم؟(يمكن اختيار أكثر من إجابة واحدة)

* عدم تنظيم العمل. ☐
* إدارة سيئة للمعلومات الخاصة بالمريض. ☐
* عدم كفاءة العاملين بالقسم. ☐
* كثافة الطلب على القسم. ☐
* عدم استجابة المريض للإجراءات العلاجية. ☐
* أخرى (حدد).....

.....

24- الذي يستلزم نظام المعلومات (الإعلام الآلي) في تجاوز هذه الصعوبات؟

* نعم ☐ * نوعا ما ☐ * لا ☐

25- إن كانت إجابتك " نعم " أو " نوعا ما " الذي يقوم بذلك من خلال؟(يمكن اختيار أكثر من إجابة واحدة)

* توفير المعلومات المناسبة وفي الوقت المناسب. ☐
* ضمان جودة ملف المريض ودقة محتواه. ☐
* توثيق المعلومات الخاصة بالمريض وتسهيل استرجاعها. ☐
* أخرى (حدد).....

.....

الملحق رقم (06): دليل المقابلة الخاصة بمدير مستشفى بشير بن ناصر.

1- هل تعتقدون أن عملية تحسين جودة الخدمات الصحية تمثل تحديا حقيقا لمؤسستكم ؟

2- ما هي التوجهات الإستراتيجية التي تعتمدها مؤسستكم في إطار ترقية خدماتها ؟

3- هل تعتقدون أن التنظيم الداخلي لمؤسستكم يستجيب للتغيرات الجديدة التي تعرفها المنظومة الصحية الجزائرية ؟

4- **ما** هي أهم العوائق والصعوبات التي تقف في وجه تطبيق برامج جودة بمؤسستكم ؟

5- هل تلبي التغييرات التي تتخذها مؤسستكم مضمون الإجراءات الإصلاحية التي تتبناها المنظومة الصحية ؟

6- هل تؤمنون بأهمية الدور الذي يلعبه نظام المعلومات في المؤسسة الصحية ؟

7- ماذا اتخذتم من إجراءات لأتمتة مختلف وظائف المؤسسة ؟

8- ما تقييمكم للجهود المبذولة في هذا الإطار ؟

الملحق رقم (07): دليل المقابلة الخاصة بمراسل الإعلام الآلي في مستشفى بشير بن ناصر.

1- هل تعتقدون أن الإعلام الآلي يلعب دوره كاملا في دعم نظام المعلومات بالمؤسسة ؟

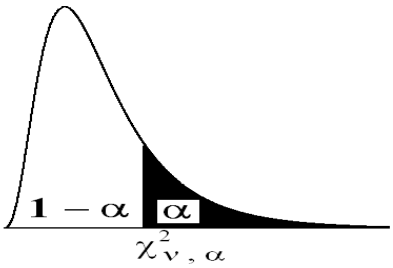
2- هل تقومون بتطوير برمجيات وأنظمة خاصة بمؤسستكم ؟

3- هل تقنيو الإعلام الآلي على علاقة تبادلية مع مختلف نظرائهم من الكوادر الطبي والإداري؟

4- هل تعتقد أن المكانة التي تحتلها وظيفة الإعلام الآلي في المؤسسة كافية ليؤدي مهامه على أكمل وجه ؟

5- هل تعتقد أن نظام المعلومات مصدر قيمة حقيقية للمؤسسة ؟ ما هي أوجه هذه القيمة؟

الملحق رقم 08: جدول كاǎ مربع



نسب توزيع كاǎ مربع لدرجة حرية ν

	α														
ν	**0.001**	**0.005**	**0.010**	**0.025**	**0.050**	**0.100**	**0.250**	**0.500**	**0.750**	**0.900**	**0.950**	**0.975**	**0.990**	**0.995**	**0.999**
1	10.83	7.88	6.63	5.02	3.84	2.71	1.32	0.45	0.10	0.02					
2	13.82	10.60	9.21	7.38	5.99	4.61	2.77	1.39	0.58	0.21	0.10	0.05	0.02	0.01	
3	16.27	12.84	11.34	9.35	7.81	6.25	4.11	2.37	1.21	0.58	0.35	0.22	0.11	0.07	0.02
4	18.47	14.86	13.28	11.14	9.49	7.78	5.39	3.36	1.92	1.06	0.71	0.48	0.30	0.21	0.09
5	20.52	16.75	15.09	12.83	11.07	9.24	6.63	4.35	2.67	1.61	1.15	0.83	0.55	0.41	0.21
6	22.46	18.55	16.81	14.45	12.59	10.64	7.84	5.35	3.45	2.20	1.64	1.24	0.87	0.68	0.38
7	24.32	20.28	18.48	16.01	14.07	12.02	9.04	6.35	4.25	2.83	2.17	1.69	1.24	0.99	0.60
8	26.12	21.95	20.09	17.53	15.51	13.36	10.22	7.34	5.07	3.49	2.73	2.18	1.65	1.34	0.86
9	27.88	23.59	21.67	19.02	16.92	14.68	11.39	8.34	5.90	4.17	3.33	2.70	2.09	1.73	1.15
10	29.59	25.19	23.21	20.48	18.31	15.99	12.55	9.34	6.74	4.87	3.94	3.25	2.56	2.16	1.48
11	31.26	26.76	24.72	21.92	19.68	17.28	13.70	10.34	7.58	5.58	4.57	3.82	3.05	2.60	1.83
12	32.91	28.30	26.22	23.34	21.03	18.55	14.85	11.34	8.44	6.30	5.23	4.40	3.57	3.07	2.21
13	34.53	29.82	27.69	24.74	22.36	19.81	15.98	12.34	9.30	7.04	5.89	5.01	4.11	3.57	2.62
14	36.12	31.32	29.14	26.12	23.68	21.06	17.12	13.34	10.17	7.79	6.57	5.63	4.66	4.07	3.04
15	37.70	32.80	30.58	27.49	25.00	22.31	18.25	14.34	11.04	8.55	7.26	6.26	5.23	4.60	3.48
16	39.25	34.27	32.00	28.85	26.30	23.54	19.37	15.34	11.91	9.31	7.96	6.91	5.81	5.14	3.94
17	40.79	35.72	33.41	30.19	27.59	24.77	20.49	16.34	12.79	10.09	8.67	7.56	6.41	5.70	4.42
18	42.31	37.16	34.81	31.53	28.87	25.99	21.60	17.34	13.68	10.86	9.39	8.23	7.01	6.26	4.90
19	43.82	38.58	36.19	32.85	30.14	27.20	22.72	18.34	14.56	11.65	10.12	8.91	7.63	6.84	5.41
20	45.31	40.00	37.57	34.17	31.41	28.41	23.83	19.34	15.45	12.44	10.85	9.59	8.26	7.43	5.92
21	46.80	41.40	38.93	35.48	32.67	29.62	24.93	20.34	16.34	13.24	11.59	10.28	8.90	8.03	6.45
22	48.27	42.80	40.29	36.78	33.92	30.81	26.04	21.34	17.24	14.04	12.34	10.98	9.54	8.64	6.98
23	49.73	44.18	41.64	38.08	35.17	32.01	27.14	22.34	18.14	14.85	13.09	11.69	10.20	9.26	7.53
24	51.18	45.56	42.98	39.36	36.42	33.20	28.24	23.34	19.04	15.66	13.85	12.40	10.86	9.89	8.08
25	52.62	46.93	44.31	40.65	37.65	34.38	29.34	24.34	19.94	16.47	14.61	13.12	11.52	10.52	8.65
30	59.70	53.67	50.89	46.98	43.77	40.26	34.80	29.34	24.48	20.60	18.49	16.79	14.95	13.79	11.59
40	73.40	66.77	63.69	59.34	55.76	51.81	45.62	39.34	33.66	29.05	26.51	24.43	22.16	20.71	17.92
50	86.66	79.49	76.15	71.42	67.50	63.17	56.33	49.33	42.94	37.69	34.76	32.36	29.71	27.99	24.67
60	99.61	91.95	88.38	83.30	79.08	74.40	66.98	59.33	52.29	46.46	43.19	40.48	37.48	35.53	31.74
70	112.32	104.21	100.43	95.02	90.53	85.53	77.58	69.33	61.70	55.33	51.74	48.76	45.44	43.28	39.04
80	124.84	116.32	112.33	106.63	101.88	96.58	88.13	79.33	71.14	64.28	60.39	57.15	53.54	51.17	46.52
90	137.21	128.30	124.12	118.14	113.15	107.57	98.65	89.33	80.62	73.29	69.13	65.65	61.75	59.20	54.16
100	149.45	140.17	135.81	129.56	124.34	118.50	109.14	99.33	90.13	82.36	77.93	74.22	70.06	67.33	61.92

الملحق رقم (9): مواقع الكترونية مختارة

1- نظام المعلومات:

الجمعية الفرنسية للرقابة والتوجيه في مجال الإعلام الآلي.
www.afai.fr
نادي الإعلام الآلي للمؤسسات الفرنسية الكبرى.
www.cigref.fr
جمعية مراقبة ومتابعة أنظمة المعلومات.
www.isaca.org
بوابة نظام المعلومات, تكنولوجيا المعلومات وتسيير المعارف
www.brint.com
جمعية نظام المعلومات للأكاديميين والمهنيين
www.isworld.org
البرنامج الحكومي الفرنسي للإدارة الإلكترونية
www.adae.gouv.fr
اللجنة الفرنسية للإعلام الآلي والحريات
www.cnil.fr
مشاريع نظام المعلومات والتكنولوجيا الحديثة للمعلومات والاتصالات
www.rad.fr
النادي الفرنسي لأمن أنظمة المعلومات
www.clusif.fr
أخبار الانترنت حول أنظمة المعلومات
www.01net.com
حلول تكنولوجيا المعلومات
www.zdnet.fr

2- نظام معلومات المؤسسات الصحية:

الإعلام الآلي وأنظمة المعلومات الإستشفائية
www.ch-henriey.net
الإعلام الآلي الطبي
www.cybermed.jussieu.fr
مؤسسات نظم المعلومات الصحية والاجتماعية
www.lessis.org
جمعية تكنولوجيات الاتصال الاستشفائي
www.athos.asso.fr
المعلومة الإستشفائية النموذجية
www.phast.fr

المعهد الفرنسي للمعلومة الطبية
www.cnim.org
النقابة الفرنسية للصناعات التكنولوجية الطبية
www.snitem.fr
الشبكة الدولية للتكنولوجيا الطبية
www.inahta.org

3- اقتصاد الصحة:

الجمعية الأوروبية لإدارة الصحة
www.ehma.org
المعاهد الصحية الأمريكية
www.nih.gov
المعارف والقرارات حول اقتصاد الصحة
www.inserm.fr
المعهد الفرنسي للبحث في اقتصاد الصحة
www.irdes.fr
قواعد المعلومات الخاصة باقتصاد الصحة
www.ecosante.fr
المؤسسة الفرنسية لاقتصاد الصحية
ww.sfes.info
الشبكة الفرنسية للتقييم في اقتصاد الصحة
www.rees-france.com
معهد اقتصادي الصحة
www.ces-asso.org

4- الجودة في المؤسسات الصحية:

اعتماد المستشفيات والسياسات الصحية
www.medcost.fr
إدارة الجودة في المؤسسات الصحية
www.hospiguide.fr
المؤسسة الدولية لجودة الرعاية الصحية
www.isqua.org
تقييم الممارسات المهنية والجودة في المؤسسات الصحية
www.reseausantequalite.com
وكالة الجودة والبحوث حول الخدمة الصحية
www.ahrg.gov
تقييم واعتماد المؤسسات الصحية
www.evalor.info

قائمة الأشكال

اسم الشكل	رقم الصفحة
1- البنية التنظيمية للمؤسسة الصحية	006
2 - أنواع المؤسسات الصحية.....	09
3- خصائص الخدمة الصحية حسب نموذج *Saviotti* و *Metcalfe*.....	16
4- مثلث الخدمات.....	19
5- نموذج *Eiglier* و *Langeard* لإنتاج الخدمة.....	20
6- تطبيق حلقات الجودة على المؤسسة الصحية.....	31
7- القيم الجوازارية للجودة.....	35
8- جودة الخدمة.....	36
9- حلقات الجودة وموقع المعايير.....	45
10- مبادئ *ALPHA* لتطوير المعايير.....	46
11- مراحل تحويل المعطيات إلى معلومات.....	57
12- نظام المعلومات ونظام الإعلام الآلي.....	58
13- تطبيق عجلة *Deming* على نظام المعلومات.....	62
14- مكانة نظام المعلومات في المؤسسة.....	66
15- أقسام المؤسسة الصحية.....	67
16- البنية الوظيفية لنظام معلومات المؤسسة الصحية.....	77
17- نموذج *MIT 90*.....	85
18- المثلث الاستراتيجي.....	86
19- تأثير نظام المعلومات على المشروع الاستراتيجي للمؤسسة.....	87
20- الاصطفاف الاستراتيجي لنظام المعلومات في المؤسسة الصحية.....	90
21- الأشكال المختلفة لتسلسل المسار العملياتي.....	94
22- مؤشرات الحكم على فعالية المسار العملياتي.....	95
23- تأثير نظام المعلومات على المسار العملياتي.....	96
24- نظام المعلومات وتأثيرها على عملية التكفل بالمريض	99
25- القرار الطبي حسب *J.M. CHABOT*.....	100
26- الهيكل التنظيمي للقطاع الصحي – بسكرة.....	109
27- دورة المعلومة بين المؤسسة الصحية والهيئات الوصية.....	113
28- الهيكل تنظيمي مقترح لمديرية نظام المعلومات.....	137
29- مخطط تطوير نظام المعلومات.....	138
30- التكفل الإداري بالمريض وفق برمجية *PATIENT*.....	139
31- النموذج المقترح لاشتغال نظام معلومات مكتب الدخول.....	140

قائمة الجداول

اسم الجدول	رقم الصفحة
1- الوظائف المكونة للخدمة الصحية	14
2 - الأساليب المختلفة لإدارة الجودة	26
3- أنواع تطبيقات نظام المعلومات	60
4- محتوى مخطط إدارة نظام المعلومات	68
5- التغطية الصحية للقطاع الصحي في الجزائر.....	106
6- التغطية الصحية للقطاع الصحي- بسكرة.....	108
7- المصالح الاستشفائية لمستشفى بشير بن ناصر.....	110
8- برنامج عمل 2006 (تسيير الموارد البشرية, التجهيزات والصيدلة).....	112
9- البرمجيات المستخدمة في المؤسسة	115
10- اهتمام الموظفين بجودة الخدمات المقدمة	118
11- مبررات أهمية تحسين الجودة الصحية.....	118
12- مؤشرات الجودة الصحية	119
13- أهمية دور نظام المعلومات في المؤسسة	120
14- المعلومات المركزية لأداء المؤسسة الصحية.....	120
15- الخاصية الأكثر دلالة على فعالية نظام المعلومات	121
16- درجة صعوبة عملية تطوير نظام المعلومات الحالي.....	121
17- أكثر الوظائف احتياجا لنظام المعلومات	122
18- طبيعة تأثير نظام المعلومات على الأنشطة	122
19- دعم نظام المعلومات لتقييم الأنشطة	123
20- أهمية دور نظام المعلومات في تحسين سير الإجراءات الإدارية/العلاجية	123
21- رضا الموظفين على أدائهم لعملهم	124
22- رضا الموظفين على دور نظام المعلومات في تحسين أدائهم	124
23- رضا الموظفين على شروط العمل الحالية	125
24- استفادة الموظفين من دورات تكوينية بخصوص استخدام الإعلام الآلي	125
25- تلبية الدورات التكوينية للاحتياجات المعرفية للموظفين.....	126
26- التأثير الإيجابي لنظام المعلومات على رضا الموظفين.....	126
27- مدى مواجهة المريض لصعوبات في مكتب الاستقبال/الأقسام العلاجية.....	127
28- مصدر الصعوبات التي يواجهها المريض.....	127
29- مساهمة نظام المعلومات في تجاوز الصعوبات التي يواجهها المريض.....	128
30- كيفية قيام نظام المعلومات بتجاوز الصعوبات التي يواجهها المريض.....	128
31- مدى إعلام المريض بتطور حالته الصحية وإجراءات علاجه.....	129
32- نظرة الكادر الطبي للمريض.....	129
33- درجة جودة ملف المريض.....	130

قائمة الملاحق

اسم الملحق	رقم الصفحة
1- أمثلة عن مؤشرات جودة الخدمة الصحية	146
2- تطور النفقات الصحية في الجزائر (1996-2005).....	147
3- الوثيقة المتنقلة.....	148
4- دليل الاستمارة الخاصة بالكادر الإداري لمستشفى بشير بن ناصر.....	154
5- دليل الاستمارة الخاصة بالكادر الطبي لمستشفى بشير بن ناصر.....	159
6- دليل المقابلة الخاصة بمدير مستشفى بشير بن ناصر.....	164
7- دليل المقابلة الخاصة بمراسل الإعلام الآلي في مستشفى بشير بن ناصر.....	165
8- جدول كاي مربع.....	166
9- مواقع الكترونية مختارة.....	167

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية

1-الكتب:

1-1-أحمد حلمي جمعة وآخرون, ***أساسيات البحث العلمي في العلوم الاقتصادية والمالية والإدارة***, دار صفاء للنشر والتوزيع, عمان 1999.

1-2- أحمد فوزي ملوخية, ***نظم المعلومات الإدارية***, حورسة الدولية للنشر والتوزيع, الاسكندرية, 2006.

1-3- إيمان فاضل السامرائي, هيثم محمد الزغبي, ***نظم المعلومات الإدارية***, دار صفاء للنشر والتوزيع, عمان, 2004.

1-4-ثامر ياسر البكري, ***إدارة المستشفيات***, دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع, الأردن, 2005.

1-5-ثامر ياسر البكري, **تسويق الخدمات الصحية**, دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع, الأردن, 2005.

1-6-حسان حرستاني, ***إدارة المستشفيات***, معهد الإدارة العامة, الرياض, 1991.

1-7-حسن علي الزعبي, ***نظم المعلومات الاستراتيجية: مدخل استراتيجي***, دار وائل للنشر, 2005.

1-8- دومينيك سالفاتور, نظريات ومسائل في الإحصاء والاقتصاد القياسي (سلسلة ملخصات شوم), ترجمة سعدية حافظ منتصر, ديوان المطبوعات الجامعية, 1993.

1-9- رعد حسن الصارن, ***صناعة التنمية الإدارية في القرن الواحد والعشرين***, دار الرضا للنشر, سوريا, 2002.

1-10- السيد عبد المقصود ديبان, ناصر نور الدين عبد اللطيف, ***نظم المعلومات المحاسبية وتكنولوجيا المعلومات***, الدار الجامعية, الإسكندرية, 2004.

1-11- طلال بن عايد الأحمدي, **إدارة الرعاية الصحية**, مكتبة الملك فهد الوطنية, 2004.

1-12- طلعت الدمردا ش , **اقتصاديات الخدمات الصحية**, مكتبة القدس, مصر, 2006.

1-13- عبد العزيز مخيمر, محمد الطعامنة, ***الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)***, منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية, 2003.

1-14- كاسر نصر المنصور, **ثقافة الخدمة-المرتكزات والأخلاقيات**, سوريا, 2003.

1-15- كمال الدين الدهراوي, ***مدخل معاصر في نظم المعلومات المحاسبية***, دار الجامعة الجديدة, الإسكندرية, 2005.

1-16- محمد إسماعيل بلال, ***نظم المعلومات الإدارية***, دار الجامعة الجديدة, الإسكندرية, 2005.

1-17- موريس أنجرس, ***منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية: تدريبات عملية***, ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون, دار القصبة للنشر, الجزائر, 2004.

1-18- نبيل محمد مرسي, ***التقنيات الحديثة للمعلومات***, دار الجامعة الجديدة, الإسكندرية, 2005.

1-19- هاشم أحمد عطية, محمد محمود عبد ربه, ***النظام المحاسبي ونظام محاسبة التكاليف في المنشآت الخدمية-المستشفيات***, الدار الجامعية, الإسكندرية, 2000.

1-20- هيو كوك , ترجمة طلال بن عايد الأحمدي, **إدارة الجودة الشاملة: تطبيق 5 إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها**, الإدارة العامة للطباعة والنشر, المملكة العربية السعودية, 2002.

2- ملتقيات:

2-1- محمد حسن ريحان, ***تقييم الأداء في المنظمات الصحية للتأكيد على الجودة الصحية***, المؤتمر العربي الثاني حول الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات العربية, المنظمة العربية للتنمية الإدارية, المواساة للخدمات الطبية, 27 / 29 سبتمبر 2003, القاهرة.

3- مذكرات:

3-1- نوال براهيمي, ***إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العامة الخدمية, دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر بولاية بسكرة***, مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير تخصص تسيير عمومي, جامعة محمد خيضر- بسكرة, كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير, السنة الجامعية 2005 / 2006.

المراجع باللغة الأجنبية

1- Ouvrages:

1-1- A.Belghiti ALAOUI, ***Principes Généraux de Planification Stratégique à l'Hôpital****, SE, Rabat, 2005.*

1-2- Ablelhak Lamiri, ***Management de l'information : redressement et mise à niveau des entreprises,*** *office des publications universitaires, Alger, 2002.*

1-3- Alain BERDUGO, ***Le Maître d'Ouvrage du Système d'Information: Principes Managériaux en Action,*** *Edition HERMES, Paris, 1997.*

1-4- Chantal MORLEY, Jean HUGUES, Bernard LEBLANE, ***UML pour l'analyse d'un système d'information : le cahier des charges du maître d'ouvrage****, DUNOD, Paris, 2000.*

1-5- Claude VILCOT, Hervet LECLET, ***Indicateurs Qualité en Santé : Certification et Evaluation des Pratiques Professionnelles****, AFNOR, 2006.*

1-6- Eric VOLGER, ***Management Stratégique des Services : du diagnostic à la mise en œuvre d'une stratégie de services****, DUNOD, Paris, 2004.*

1-7- Farida Djellal, et al, ***L'Hôpital Innovateur : de l'Innovation Médicale à l'Innovation de Service****, Masson, Paris, 2004.*

1-8- Gilles ST-AMANT, ***La Gestion des Systèmes d'Information et de Communication****, SE, Montréal, 2003.*

1-9- Hervé Leteurtre, Irène Patrelle, Jean-François Quaranta et Nathalie Ronzière, ***La Qualité Hospitalière****, Berger-Levrault, France, 1999.*

1-10- Jean LUC. CHARRON, ***Organisation et gestion de l'entreprise****, DUNOD, Paris, 2001.*

1-11- Jean-Marc TOURREILLES, ***Système d'Information Hospitalier 1, 2, 3…Partez****, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, France, 2004.*

1-12- Jean-Yves PRAX, ***Le Manuel du Knowledge Management- une approche de deuxième génération****, DUNOD, Paris, 2003.*

1-13- Marie – Hélène Delmond, Yves Petit, Jean – Michel Gautier, ***Management des Systèmes d'Information****, Dunod, Paris, 2003.*

1-14- Michel MINGASSON, ***Informatique et Stratégie d'Entreprise : Architecture et Pilotage des Systèmes d'Information****, Dunod, Paris, 2000.*

1-15- Mohamed-Khireddine KHOLLADI, ***Cours des systèmes organisationnels****, Bahaeddine édition, année universitaire 2003/2004.*

1-16- Myriam HUBINON, ***Management des unités de soins : de l'Analyse Systématique à l'Evaluation de la Qualité****, De Boeck, Bruxelles, 2004.*

1-17- Pascal Vidal, Philippe Planeix, ***Les systèmes d'information organisationnels****, Pearson Education, Paris, 2005.*

1-18- P.Lachèse PASQUET, ***Management hospitalier pour le praticien****, MASSON, Paris, 1997.*

2- Séminaires et journées d'études:

2-1-Jocelyn HUSSER, ***Le Management Stratégique de la Qualité Hospitalière par l'Encadrement Intermédiaire****, XVEME Conférence Internationale de Management Stratégique, Annecy / Genève 13 – 16 juin 2006.*

2-2- Helena LEGIDO-QUIGLEY, Martin McKee, Ellen NOLTE, ***Quality of Health Care Across Borders****, EHMA Annual Conference Barcelona 29th June - 1st July, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2005.*

2-3- Kaid TLILANE Nouara, ***Quelle Réforme Hospitalière pour les Pays en Développement ?,*** *Premier Colloque Internationale de l'Economie de la Santé: Gestion et Réformes Hospitalières dans les Pays en Développement ou à Revenue Intermédiaire, Béjaia les 13, 14 et 15 Novembre 2006.*

2-4- Mongi MILED, ***Le Système d'Information Hospitalier, des applications, de gestion vers le dossier médical informatisé****, E.Health Conference, Casablanca 20/21 Février 2004.*

2-5- Philippe Cazabat, ***T2A et DMP Le rôle majeur du SIH****, Séminaire InterSystems, 16 mars 2006, Health Services, France.*

2-6- Salima REKIBA, ***Approche Théorique des Réformes Hospitalières et Enseignement des Expériences dans les Pays en Développement ou à Revenue Intermédiaire,*** *Premier Colloque Internationale de l'Economie de la Santé: Gestion et Réformes Hospitalières dans les Pays en Développement ou à Revenue Intermédiaire, Bejaia les 13, 14 et 15 Novembre 2006.*

3- Revues, Recherches et Etudes:

3-1- Agence Française de la Normalisation, ***Indicateurs Qualité en Santé : Certification et Evaluation des Pratiques Professionnelles****, Paris, 2006.*

3-2- Agence Nationale D'Accréditation et d'Evaluation en Santé, ***Evaluation des Pratiques Professionnelles dans les Etablissements de santé : Dossier du Patient,*** *France, Juin 2003.*

3-3- Agence Nationale D'Accréditation et d'Evaluation en Santé, ***Les Méthodes et les Outils de la Qualité en Santé****, France, Juillet 2003.*

3-4- Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale, ***Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé****, principes méthodologiques, Service Evaluation Hospitalière, Paris, 1996.*

*3-5 - Agence Nationale pour le Développement et la Recherche en Santé****, Histoire de l'évaluation de la qualité des soins, Laboratoire de la qualité des soins****, Université de Constantine, Algérie.*

3-6- Andréas AGATHOGLEOUS, ***De la Prise en Compte de l'Usager à la Performance Globale****, Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, Octobre 1997.*

3-7- Cécile ROMEYER, Isabelle Bongiovanni, ***les systèmes d'information hospitaliers, vecteurs de changement organisationnel : vers l'émergence d'un système d'information traçant l'activité****, Centre de recherche sur le transport et la logistique, Paris, 200352- Société Française de l'Economie de la Santé,* ***Sortie du monde hospitalier et retour au domicile*** *d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique, Assemblée Nationale 9 décembre 2004, Paris.*

3-8- Cécile ROMEYER, ***Modélisation par les processus : une méthode préalable indispensable à la mise en œuvre d'un système d'information communicant centré sur le patient****, Centre de recherche en sciences de gestion, Université Jean Monnet de Saint-Etienne, France, 2004.*

3-9- Charles HONNORAT, Jacques BOUGET, La ***Démarche Qualité en Médecine, Module "Apprentissage de l'exercice médical"****, Faculté de Médecine de Rennes, 2004.*

3-10- Claire HURLMANN, ***Approche Conceptuelle de la Qualité des Soins****, Institue de Travail Social de la Région Auvergne, Centre de Ressources Documentaires, Bulletin n°35 : Accréditation et Qualité des soins Hospitaliers, Juin 2001.*

3-11- Dale Shaller et al, ***Consumers and Quality-Driven Health Care: A Call to Action****, HEALTH AFFAIRS, Volume 22, Number 29, March/April 2003.*

3-12- Fabienne ALVAREZ, Le Contrôle de Gestion en Milieu Hospitalier : Une Réponse à l'Emergence de Risque Organisationnels, Université Paris Dauphine, 2002.

3-13- Gérard de POUVOURVILLE, ***Information Médicale et Gestion des Etablissements: Le Point de Vue d'un Chercheur en Gestion****, Informatique et Santé, Volume 6, 1993.*

3-14- Groupe pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier, ***Alignement stratégique du système d'information: Définitions des concepts et méthodologie appliquée à l'étude****, France, 2003.*

3-15- Groupe pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier, ***Guide méthodologique pour l'alignement stratégique du Système d'Information des Etablissements de Santé****, France, 2003.*

3-16- Groupe de Modernisation des Systèmes d'Informations Hospitaliers, ***Pilotage des Etablissements de Santé: Projet KIT de Base des Tableaux de Bord****, France, Avril 2006.*

3-17- H. Faure et autres, ***Approche d'un Système d'Information des Unités de Soins****, Informatique et Santé, Volume 6, 1993.*

3-18- Jean-Marie RENARD, ***Le Système d'Information Hospitalier****, Cours de PCEM2, Faculté de médecine de Lille, Octobre 2003.*

3-19- Laboratoire de la Qualité des Soins, ***Les Outils de la Qualité des Soins****, Agence Nationale de la Recherche en Santé, Université de Constantine, Algérie, 2002.*

3-20- Liz.C.Creel, Justine C.Sass, Nancy V.Yinger, ***Aperçu de la qualité des soins pour la santé reproductive : définitions et mesures de la qualité,*** *Nouvelles perspectives sur la qualité des soins : n°1, Population Council et Population Référence Bureau, Washington, Décembre 2002*

3-21- Lorino P, ***Le Déploiement de la Valeur par les Processus****, Revue Française de gestion, Juin 1995.*

3-22- Martin McKee, Judith HEALY, ***Le Rôle de l'Hôpital dans un Environnement en Mutation****, Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, Recueil d'Article N°3, 2000, P177.*
3-23- M. Jean-Jacques JEGOU, ***L'Informatisation dans le Secteur de la Santé****, Rapport N°62 de la Commission des Finances, du Contrôles Budgétaires et des Comptes Economiques, France, 2005.*
3-24- Oliver Groene, Mila Garcia -Barbero, ***Health promotion in hospitals: Evidence and quality Management****, World Health Organisation, Europe, May 2005.*
3-25- Organisation Mondiale de la Santé, ***Stratégie de Coopération avec les Pays : République Algérienne Démocratique et Populaire (2002-2005.)***
3-26- Patrice DEGOULET, ***Systèmes d'information hospitaliers : Dossier patient et prescription électronique****, Faculté de Médecine René Descartes, Université Paris 5, Hôpital Européen Georges Pompidou, 2005*
3-27- Patrice DEGOULET, Marius FIESHI, ***Traitement de l'Information Médicale : Méthodes et Application Hospitalières****, Informatique et Santé,Volume 8, 1996.*
3-28- Patrick EXPERT, ***Le système d'information peut-il favoriser la contractualisation ?,*** *Centre Hospitalier de Blois, Texte de l'intervention du 9 janvier 2002.*
3-29- S.Bahrami, C.Grenier-Sennlier, E.Minvielle, ***Conception et Rôle des Indicateurs de Qualité dans l'Evaluation des Pratiques Professionnelles****, Institue National de la Santé et de la Recherche Médicale - INSERM, Juin 2005.*
3-30- Société Française de l'Economie de la Santé, ***Sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique,*** *Assemblée Nationale du 9 décembre 2004, Paris.*
3-31- Task Force report, ***The Reorganization of the Health Care System and the Quality of Medical Services****, Collège des Médecins du Quebec, November 1998.*

4- Mémoires Universitaires:

4-1- Jeannique PAYET, ***Impact de l'architecture du Système d'Information Hospitalier sur les doublons d'identité : les cas du GHSR et de la Clinique de Sainte Clotilde****, Université de Lille II, 2001.*
4-2- Jérôme CLEMENT, ***De Nouvelles Technologies vers une Nouvelles Pédagog****ies, Diplôme Cadre de Santé, Institue de Formation des Cadres de Santé de la Région Rhône-Alpes, Lyon, Mai 2005.*
4-3- Lisette CAZELLET, ***Les NTIC, « outil » ou « instrument » pour l'apprentissage et la formation ? Réflexions sur l'impact de l'utilisation des NTIC dans un dispositif expérimental de formation auprès de professionnels de santé****, Mémoires de DESS Consultant Formateur Multimédia, Université de Provence AIX – Marseille 1 UFR du Psychologie et Sciences de l'Education LAMBESC, Année Universitaire 2002-2003.*

4-4- Mettre M.Berger, ***Valeur ajoutée d'un système d'information clinique aux soins intensifs,*** *Travail de Mémoire pour l'obtention d'un Diplôme Postgrade en Economie et Administration de la Santé, Faculté de Médecine de Rennes, 2000.*
4-5- Nicolas BODIN, ***L'utilisation par le personnel infirmier du dossier de soins patient informatisé,*** *Travail de fin d'études Diplôme d'État d'Infirmier, Promotion 2003-2006, CHU BICETRE, France.*

5- Documents Electroniques:

5-1- Agence Nationale du Développement et la Recherche en Santé, ***Le système d'information, http://www.andrs-dz.org/pages/Axe1-11.htm****, le 12/07/2007.*
5-2- Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, ***Projet du Système D'Information****,* ***http://www.ap-hm.fr,*** *le 10/02/2007.*
5-3- F. Kohler, ***Système d'Information Hospitalier, http://www.univ-lille2.fr****, le 29/04/2007.*
5-4- François-André ALLAERT, Liliane DUSSERRE, Benoît LECLERCQ, ***La sécurité des systèmes d'information médico-hospitaliers****,* ***http://www.cybermed.jussieu.fr****, le 12/05/2007.*
5-5- G. NISAND, ***Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information et Systèmes d'Information Hospitaliers****.*
http://www-ulpmed.u-strasbg.fr*, le 06/01/2007.*
5-6- Isabelle HIRTZLIN, ***Le Produit Hospitalier****,* ***http://www.hec.unige.ch, le 17/04/2007.***
5-7- ***les Méthodes et les Outils de la Qualité en Santé****,* ***http://www.univ-lille2.fr****, le 12/12/2006.*
5-8- ***L'informatisation contribue à l'optimisation des soins dans les hôpitaux****,* ***http://download.microsoft.com****, le 12/21/2006.*
5-9- Luc MATHIEU, Martin BUTEAU, ***L'évaluation des systèmes d'information à base de connaissances : le cas des systèmes d'information cliniques****,* ***http://adm.usherb.ca,*** *le 06/06/2007.*
5-10- Michel VOLLE, ***Le Système d'Information de la Gestion des Ressources Humaines****,* ***http://www.gestiondelapaie.com****, le 06/09/2007.*
5-11- Organisation mondiale de la santé, ***Rapport sur la santé dans le monde 2006****,* ***http://www.who.int/about/copyright/fr/.***
5-12- Patrick MOULIN, ***Qualité des soin,. http://www.infirmier-general.com/cv.htm****, le 10/01/2007.*
5-13- ***Programme de Médicalisation du Système d'Information****,* ***http://www.medcost.fr****, le 23/12/2006.*
5-14- Régis Beuscart, ***Systèmes d'Information Hospitaliers****,* ***Présent et Perspectives****,* ***http://www.univ-lille2.fr****, le 30/05/2007.*
5-15- ***Système d'information médical et hospitalier****, http://www.nelixa.com, le 22/06/2007.*
5-16- Thierry NOBRE, Cardine MERDINGER-RUMPLER, ***Quelle Métamorphose pour l'Hôpital, http://www.univ-nancy2.fr****, le 28/12/2006.*

الفهرست

المقدمة.....أ
الفصل الأول: جودة الخدمات الصحية.....1
1- المؤسسة الصحية.....3
1-1- التطور التاريخي للمؤسسات الصحية.....3
1-2- تعريف المؤسسة الصحية.....5
1-3- أصناف المؤسسة الصحية.....9
الخدمة الصحية.....10
2-1- مفهوم الخدمة الصحية.....11
2- 2- خصائص الخدمة الصحية.....13
2- 3- العملية الإنتاجية في المؤسسة الصحية.....18
3- جودة الخدمة الصحية.....22
3- 1- مازلية جودة الخدمة الصحية.....22
3-2- مؤشرات جودة الخدمة الصحية.....33
3- 3- تقييم جودة الخدمة الصحية.....37
1- مفازليم أساسية حول نظام المعلومات.....50
مدخل إلى النظم.....50
1-2- مازلية نظام المعلومات.....54
1-3- مكانة نظام المعلومات في المؤسسة.....62
2- نظام معلومات المؤسسة الصحية.....69
2-1- مازلية نظام معلومات المؤسسة الصحية.....69
2-2- وظائف نظام المعلومات المؤسسة الصحية.....75
2-3- تطبيقات نظام معلومات المؤسسة الصحية.....80
3- دور نظام المعلومات في تحسين جودة الخدمة الصحية.....83
3-1- تلثير نظام المعلومات على الإستراتيجية.....84
3-2- تلثير نظام المعلومات على المسار العملياتي.....91
3-3- تلثير نظام المعلومات على رضا المرضى والعاملين.....97
التعريف بمستشفى بشير بن ناصر.....105
2- واقع نظام المعلومات وجودة الخدمة الصحية في مستشفى بشير بن ناصر.....111
3- تحليل وتفسير نتائج الاستمارة والمقابلة.....116
4- مسازامة لتفعيل دور نظام المعلومات بمستشفى بشير بن ناصر.....136
الخاتمة.....142
الملاحق.....145
قائمة المراجع.....172
الفهرست.....179